UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956 - N° 276

LES RAPPORTS SOCIAUX A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

LEUR INTÉRÊT PSYCHOTHÉRAPIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 19 Décembre 1956

PAR

MAX-PIERRE HAZERA

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Interne à l'Hôpital Psychiatrique de Cadillac (Gironde)

Né le 16 Avril 1930, à Bordeaux (Gironde)

Examinateurs de la Thèse

MM. DERVILLÉE, Professeur ..... *Président.*
DE GRAILLY, Professeur .... } *Juges*
M. BERGOUIGNAN, Agrégé ..... } *Juges*
BLANC, Agrégé ..... } *Juges*

Bordeaux
Imprimerie E. TAFFARD
6, rue Métivier
—
1956

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547307_0092

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956 - N° 276

LES RAPPORTS SOCIAUX A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

LEUR INTÉRÊT PSYCHOTHÉRAPIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 19 Décembre 1956

PAR

MAX-PIERRE HAZERA

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Interne à l'Hôpital Psychiatrique de Cadillac (Gironde)

Né le 16 Avril 1930, à Bordeaux (Gironde)

Examinateurs de la Thèse

MM. DERVILLÉE, Professeur ..... *Président.*
DE GRAILLY, Professeur ..... } *Juges*
M. BERGOUIGNAN, Agrégé ..... } *Juges*
BLANC, Agrégé .....

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Bordeaux
Imprimerie E. TAFFARD
6, rue Métivier
—
1956

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyens honoraires : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, PORTMANN.
Doyen : M. SIGALAS. — **Assesseur** : M. TAYEAU

Professeurs honoraires :
MM. A. MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET. PERRENS, BEAUVIEUX, CREYX, MAURIAC.

Professeurs :

	MM.		MM.
Clinique médicale	DE GRAILLY. BROUSTET.	Pathologie générale et expérimentale	SARIC.
Clinique chirurgicale	PAPIN. MASSÉ.	Clinique ophtalmologique	BESSIÈRE.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.	Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN.
Anatomie pathologique et miscrocopie clinique	LÉGER.	Chimie biologique et médicale	TAYEAU.
Anatomie	DUFOUR.	Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT.
Anatomie générale et histologie	MAYER.	Médecine et hygiène tropicales et Clinique des maladies exotiques	MORETTI.
Hygiène et clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE.	Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET.
Chimie	MESNARD.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Matière médicale	MASQUELIER.	Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.	Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN.	Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.	Hydrologie therapeutique et Climatologie	DUBARRY.
		Carcinologie	LACHAPÈLE.

Professeur a titre personnel :
M. BLANQUET (Section Pharmacie).

Professeurs sans chaire :
MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie), M. CAZAUX (Pharmacie 3e Section)

Maîtres de Conférences Agrégés

	MM.		MM.
Anatomie	RIGAUD. CABANIÉ.	Physique médicale	DUHAMEL.
Biochimie médicale	NEUZIL.	Pharmacie (1re section)	R. GOLSE. ROMAIN.
Pathologie experimentale	FAURE.	Pharmacie (2e section)	QUILICHINI.

Chargé des Fonctions de Maître de Conférences Agrégé :
MM. STOLL (Histologie), MARQUEVIELLE (Biochimie Médicale).

Agrégés en Exercice :

	MM.		MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN. LENG-LEVY. LAVIGNOLLE. MARTIN-DUPONT. DAVID-CHAUSSÉ. J. RIVIÈRE.	Obstétrique	CHASTRUSSE FAUGÈRE.
		Ophtalmologie	CORCELLE.
		Oto-rhino-laryngologie	DESPONS. M. PORTMANN.
		Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Chirurgie générale	LAUMONIER. CHAVANNAZ. VILLAR. TINGAUD. DEPAULIS. DARMAILLACQ.	Pédiatrie et puériculture	VERGER.
		Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE.
		Odonto-Stomatologie	BENOIT.
		Urologie	LANGE.
		Neurologie et Psychiatrie	BLANC.
		Pneumo-Phtisiologie	FREOUR.

Cours Complémentaires :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER.	Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.
Accouchements	CHASTRUSSE. FAUGÈRE.	Physiologie	Mme LINQUETTE.
Puériculture	VERGER. PÉRY.	Toxicologie et hygiène	Mlle LARCEBEAU.
Législation pharmaceutique	COUSTOU.	Phytopharmacie	CORTESI.
Cryptogamie	LAUBIE.	Droit médical international	AUBY.
Obstétricie sociale	MAHON.	Médecine légale	L'ÉPÉE.
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE.	Sémeiologie médicale	RIVIÈRE J.
Chimie biologique analytique	NIVET.	Sémeiologie chirurgicale	DEPAULIS.
Chimie analytique	BABIN.	Embryologie	STOLL.
Pathologie chirurgicale	VILLAR. CHAVANAZ. TINGAUD. DARMAILLACQ. LAPORTE.	Pathologie médicale	BERGOUIGNAN. LENG-LEVY. LAVIGNOLLE. DAVID-CHAUSSÉ. RIVIÈRE. MARTIN-DUPONT.

Le Secrétaire Principal de la Faculté : M. GAYRAUD.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

Je les prie de trouver ici une humble marque de mon affection.

A MA FEMME

Dont la tendre affection fut toujours un réconfort et un soutien.

A MES ENFANTS

A MES FRERES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR FERNANDEZ

MÉDECIN-CHEF DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

LICENCIÉ ES-LETTRES

MÉDECIN-ASSISTANT AU CENTRE DE TRAITEMENT ET DE RÉADAPTATION SOCIALE

DE VILLEJUIF

Il nous a inspiré cette thèse mais, par delà ces lignes, il nous a enseigné à connaître l'homme.

Nous l'en remercions infiniment.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DONNADIEU

MÉDECIN-CHEF DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX

MÉDECIN-CHEF A L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE CHATEAU-PICON

Nous avons eu l'honneur d'être son interne.

Il a été pour nous un guide bienveillant.

Qu'il trouve ici nos sincères remerciements.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A NOS PROFESSEURS

DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE

DE LA MARINE ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

A NOS MAITRES DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

A NOS MAITRES DE L'INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

ET DE LA FRANCE D'OUTREMER

A MES CAMARADES D'INTERNAT

DES HOPITAUX DE CADILLAC ET DE CHATEAU-PICON

AU PERSONNEL INFIRMIER

DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE CADILLAC

A MONSIEUR

LE MEDECIN GENERAL DE 2e CLASSE P. LAHILLONNE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER
MÉDECIN DES HÔPITAUX MARITIMES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE (1939-1945)
OFFICIER DU MÉRITE MARITIME

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF DE 1re CLASSE CONSTANS

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER
SPÉCIALISTE DES HÔPITAUX MARITIMES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE (1939-1945)

A NOS JUGES

MONSIEUR LE DOCTEUR BLANC

AGRÉGÉ DE NEURO-PSYCHIATRIE
MÉDECIN DES HÔPITAUX
DIRECTEUR D'ÉTUDES DE LA SECTION DE PSYCHOPATHOLOGIE
(INSTITUT DE PSYCHOLOGIE)

Il nous a toujours témoigné un bienveillant intérêt. Ses cours de psychopathologie ont été pour nous un riche enseignement.

Qu'il trouve ici l'expression de toute notre reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR M. BERGOUIGNAN

AGRÉGÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
MÉDECIN DES HÔPITAUX
CROIX DE GUERRE 1939-1945
CHEVALIER DES PALMES ACADÉMIQUES

Il nous a toujours reçu avec la plus cordiale amabilité. Nous avons vivement apprécié l'entier dévouement avec lequel il se consacre à ses malades et nous lui sommes reconnaissant d'avoir bien voulu faire partie de notre Jury.

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DE GRAILLY

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
MÉDECIN DES HÔPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS
MÉDECIN DE LA FONDATION BERGONIÉ (CENTRE ANTICANCÉREUX)
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CHEVALIER DE L'ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
OFFICIER DES PALMES ACADÉMIQUES
CROIX DES SERVICES MILITAIRES VOLONTAIRES

En témoignage de notre profond respect.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DERVILLEE

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET DE MÉDECINE DU TRAVAIL

MEMBRE DE LA COMMISSION INTERNATIONALE PERMANENTE

POUR LA MÉDECINE DU TRAVAIL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DES SERVICES MILITAIRES VOLONTAIRES (2e CLASSE)

OFFICIER DES PALMES ACADÉMIQUES

Avec notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse.

INTRODUCTION

Depuis une dizaine d'années les hôpitaux psychiatriques sont le lieu de recherches d'une transformation des conditions de l'hospitalisation dans le but d'éviter une désadaptation propre à ces conditions. L'utilisation de l'ergothérapie, de principes de sociothérapie, de psychothérapie de groupe dans plusieurs vieux services de psychiatrie, ont permis chaque fois de constater l'amélioration des malades y séjournant, et parfois leur guérison. Le surpeuplement et l'insuffisance numérique des médecins, les mauvaises conditions de l'exercice psychiatrique dans ce cadre hospitalier sont les principales difficultés rencontrées dans leur développement.

Les améliorations apportées en médecine psychiatrique par les thérapeutiques modernes posent de façon urgente le problème de faire bénéficier le malade d'une psychothérapie. La vie collective d'un service psychiatrique est un fait dont toute psychothérapie dans ce cadre devra tenir compte.

* * *

Dans ce travail, notre but est d'étudier les éléments intervenant dans l'organisation de la vie collective intra-hospitalière qui nous paraissent jouer un rôle dans l'éclosion des conditions favorables pour une psychothérapie. Cette étude est divisée en trois parties :

Dans la première partie, nous analyserons le cadre hospitalier asilaire dans ses composantes, locaux, malades, personnel, vie sociale. Cette recherche nous obligera à saisir les faits quelquefois dans leur brutalité.

Dans la deuxième partie, nous examinerons les nouvelles conditions de vie à l'intérieur du service après l'introduction d'activités de groupe. Nous chercherons à pénétrer et à comprendre le vécu par le malade, de telles activités en rapportant huit observations de malades y ayant participé.

Dans la troisième partie, à travers les activités étudiées, nous chercherons à mettre en évidence les éléments intervenant plus particulièrement dans l'organisation de la vie collective, sans oublier jamais qu'au travers de ces activités la notion de l'homme doit prévaloir sur celle de la collectivité, et qu'une authentique psychothérapie ne peut s'effectuer qu'à travers les échanges médecin-malades. Cependant, dans les conditions bien particulières à l'hôpital psychiatrique, le problème d'une psychothérapie dans les rapports sociaux est à élucider.

Cette étude sera spécialement centrée sur le service hommes où nous avons travaillé durant plusieurs mois sous la direction du Docteur Fernandez. Nous tenons à lui exprimer toute notre reconnaissance de nous avoir permis de réaliser ce travail. Ses conseils judicieux, la confiance qu'il nous a manifestée, l'exemple quotidien qu'il nous a donné, sont pour nous un puissant stimulant dans le travail.

PREMIÈRE PARTIE

De l'Asile au "Service Psychiatrique"

L'observation d'un service d'hôpital psychiatrique nous a permis de constater l'existence d'une vie sociale. La recherche de conditions favorables à une psychothérapie nous a incité à poursuivre une étude plus approfondie de cette vie sociale dans ses modalités d'expression afin de mettre en évidence certains éléments ayant un retentissement dans le vécu des malades. Eléments susceptibles d'être modifiés pour répondre aux besoins d'une psychothérapie.

Cette analyse comportera :

1°) L'étude des locaux affectés aux malades du service ;

2°) L'étude de la population du service ;

3°) Le personnel employé ;

4°) L'analyse de la vie sociale ;

5°) Les modifications immédiates apportées dans le service.

CHAPITRE PREMIER

LES LOCAUX

L'hôpital est situé à Cadillac-sur-Garonne, ville de 3.000 habitants, à 35 kilomètres de Bordeaux, dans une région viticole, dense en population. Il se trouve à la périphérie, mais inclus dans la bourgade. Entouré de hauts murs, son aspect rappelle celui d'une prison. La porte de la conciergerie, continuellement fermée, est la seule ouverture sur l'extérieur. Au travers de la grille, le passant n'aperçoit que barreaux et volets fermés d'un pavillon. Cela est adouci, il est vrai, par de multiples massifs de fleurs. L'aspect de bâtiments est vétuste, l'atmosphère est triste.

Il existe une annexe, dite « la Colonie », à trois kilomètres du village, où sont groupés une centaine de femmes, pour la plupart exilées de la Seine, et une trentaine de malades hommes, travaillant la propriété viticole.

L'hôpital comprend 17 pavillons, recevant chacun 40 à 80 malades, le tout réparti en deux services (un troisième service, récemment créé, n'est pas encore constitué). Une maison d'enfants a été aménagée dans l'enceinte même de l'hôpital. L'établissement, recevant 80 enfants inéducables, se

trouve contigu à un vieil édifice démodé, exigu, qui abrite les malades indigents de la commune. Cet ensemble hétéroclite groupe une population moyenne de 1.000 malades.

LES PAVILLONS

Le service dont nous poursuivons l'étude comporte six pavillons dans l'enceinte de l'hôpital et deux pavillons au lieu dit « La Colonie » (dont le pavillon des femmes). Le service voisin a une répartition similaire et comporte, en outre, les trois pavillons d'enfants.

Les pavillons sont répartis de façon classique : Broca, pavillon d'admission infirmerie ; Pinel, malades calmes ; Verneuil, semi-difficiles ; Baillarger, agités ; Déjerine, incontinents ; Renaudin et La Colonie, groupant les malades travailleurs.

Broca : Pavillon d'admission et de traitement, comprend, au premier étage, un dortoir de 24 lits, une chambre à quatre lits, six chambres à deux lits. Au rez-de-chaussée, une salle de séjour et un réfectoire assez vastes donnent sur une cour ombragée très agréable. Pour tout le pavillon, un sanitaire avec deux baignoires et un seul W.C. au premier étage. Il n'y a pas d'eau chaude dans le pavillon. Le mobilier est relativement moderne.

Pinel : adjacent au pavillon Broca, comprend, au premier étage, un dortoir de 34 lits, quatre chambres à cinq lits, cinq chambres à deux lits. Un seul W.C. et cinq lavabos à l'étage pour 70 malades. Au rez-de-chaussée, une salle de séjour, un réfectoire, cour en tout point ressemblant à celle du pavillon Broca.

Verneuil : d'une capacité hospitalière de 46 lits. La population réelle, en Août 1955, était de 65 malades. Au rez-de-chaussée, un réfectoire (avec bancs scellés au mur, grandes tables de bois), une salle de séjour en mauvais état, aux murs

gris, d'aspect misérable, et un dortoir. Au premier étage, deux dortoirs et une chambre à quatre lits. Chauffage central fonctionnant de façon défectueuse. Pas d'eau chaude, dix lavabos, mais ni douches ni baignoires. Dans ce pavillon, les malades sont entièrement délaissés, la cour, de gravier, est bordée d'un saut de loup et d'un mur d'où on ne peut voir l'extérieur.

Baillarger : pour les malades difficiles, deux dortoirs, 13 cellules à un lit, un réfectoire, une salle de séjour. Le mobilier est encore constitué par des bancs scellés au mur, et de longues tables de bois. Les murs sont de couleur terne et les portes sont multipliées à l'excès. Les dortoirs sont clairs, mais les cellules ne sont éclairées que par des fenêtres de 60 sur 50 centimètres, à trois mètres du sol, munies de barreaux et grillages. Pas d'installation de chauffage central, mais existence de lavabos en nombre suffisant.

Renaudin : recevant les malades travailleurs, conditions matérielles aussi précaires.

Déjerine : Pour les vieillards et les incontinents, comporte une aile de plein pied pour les malades bacillaires (actuellement trois). La cour comporte un saut de loup et les fenêtres sont munies de barreaux. Il n'existe pas d'installation de chauffage central.

La Colonie : le pavillon hommes abrite 20 à 30 pensionnaires s'occupant des travaux de la vigne et de la porcherie.

Le pavillon femmes hébergeant une centaine de malades, comprend quatre dortoirs dont un pour malades incontinentes, quatre chambres et quatre boxes à un lit ; les sanitaires sont des plus précaires : deux baignoires pour tout le pavillon, trois W.C. extérieurs, quatre W.C. intérieurs dans la cour. Une salle assez spacieuse sert à la fois de réfectoire et de salle de séjour. Le mobilier est sommaire et composé de grandes tables, de bancs, de peu de chaises.

* * *

L'architecture nous oblige à quelques commentaires.

Les pavillons sont d'une capacité hospitalière relativement acceptable. Ils sont dispersés dans un immense parc, accolés deux à deux (un par service). Leur conception est carcérale. Toutes les fenêtres du rez - de - chaussée sont munies de barreaux. Tous les pavillons, à l'exception du pavillon d'admission, sont entourés de sauts-de-loup et de murs de 2 mètres 80 de haut.

Le pavillon d'admission mis à part, qui constitue une unité de soins relativement bien installée, les locaux des autres pavillons ont un aspect froid et stéréotypé. Le mobilier est des plus précaires.

Les dortoirs comprennent en moyenne 30 lits ; ils sont nettement surchargés et ne comportent aucun système de boxage ou de séparation.

Les installations sanitaires sont peu nombreuses et les W.C. en nombre insuffisant. Les malades ne disposent d'aucun mobilier personnel. Au pavillon Baillarger, il n'existe pas de porte-manteaux. Le soir, au coucher, le malade roule ses vêtements dans la veste à l'intérieur de laquelle on glisse une étiquette à son nom. Tous ces vêtements sont ensuite entassés dans une seule pièce...

En somme, l'agencement intérieur est construit sur un mode collectif. La structure architecturale oscille entre la caserne et la construction de type carcéral, se caractérisant par un abandon, du point de vue individuel, pour donner de l'importance à la vie collective et à la surveillance. Cet aspect est accentué par quelques détails à l'intérieur des pavillons. A Broca et à Renaudin, les malades mangent avec des couverts complets, dans les autres pavillons, avec des gamelles et des gobelets de métal, et, pour tout couvert, une cuillère. Partout, les postes de radio sont encagés et disposés à une hauteur anormale sur le mur. Tous les pavillons sont fermés, et il n'existe aucun contact entre les malades des divers pavillons.

Une telle disposition des locaux nous fait immédiatement entrevoir l'anormalité des relations dans une telle conception de l'hospitalisation.

CHAPITRE II

LES MALADES

L'hôpital psychiatrique de Cadillac reçoit les malades de la Gironde du sexe masculin. Les entrées directes n'existent pratiquement pas. Tous les malades passent par le Centre d'Observation Psychiatrique de la Clinique Neuro-Psychiatrique de Bordeaux (non régi par la loi de 1838), où sont traités tous les états psychotiques aigus ou subaigus. Les malades admis (on devrait dire transférés) sont donc des chroniques et des subaigus dont le séjour dépasse, en général, six mois. A ces malades, s'ajoutent les malades internés après expertise, venant des services pénitentiaires. Le service de santé militaire envoie également à l'H.P. les jeunes recrues ou engagés qui nécessitent une très longue hospitalisation.

Le nombre des malades admis dans le service est en moyenne de six à sept par mois. Ces malades sont hospitalisés sous forme de placement d'office dans la proportion de 67 % pour l'année 1955. A l'heure actuelle, cette proportion tend nettement à diminuer. La plupart des malades internés sont issus en majorité d'un milieu agricole, d'ouvriers non spécialisés. Leurs moyens d'existence sont très précaires et leur situation familiale est souvent défectueuse.

En décembre 1955, le service hommes, qui seul nous intéresse ici, était composé de 370 malades dont la répartition par âge s'établit comme suit :

11 malades âgés de 15 à 20 ans.
73 malades âgés de 20 à 30 ans.
78 malades âgés de 31 à 40 ans.
74 malades âgés de 41 à 50 ans.
75 malades âgés de 51 à 60 ans.
41 malades âgés de 61 à 70 ans.
13 malades âgés de 71 à 80 ans.
5 malades âgés de plus de 80 ans.

A titre purement indicatif, nous donnons une répartition des malades par diagnostic, en sachant le peu de valeur qu'il faut accorder à de tels cadres nosographiques :

Arriération mentale (dont 43 idots et imbéciles et 53 débiles.)	96
Psychonévrose	1
Etats de déséquilibre constitutionnel	29
Etats maniaques	12
Etats mélancoliques	11
Psychose périodique	6
Bouffées délirantes aiguës	10
Délires chroniques hallucinatoires	16
Délires chroniques d'interprétation	26
Démences précoces	77
Confusions mentales aiguës	2
Intoxication alcoolique aiguë	1
Intoxications alcooliques chroniques	17
Alcoolisme démentiel	2
Paralysie générale	26
Démence artériopathique	2
Démence sénile	8
Psychose présénile et d'involution	6
Epilepsie	17

Psychopathie de l'encéphalite épidémique 2
Etat psychopathique atypique 2

En 1955, 84 entrées se répartissant en 69 premiers séjours et 15 hospitalisations après une sortie de plus ou moins longue durée.

Classement par âge :

de 10 à 17 ans	1
de 17 à 19 ans	1
de 20 à 29 ans	26
de 30 à 39 ans	14
de 40 à 49 ans	18
de 50 à 59 ans	7
de 60 à 69 ans	8
de plus de 70 ans	9

Soit :

Imbécilité	3
Débilité mentale	8
Déséquilibre constitutionnel	9
Psychonévrose.	1
Etat maniaque	1
Etat mélancolique.	3
Psychose périodique	4
Bouffées délirantes aiguës	4
Délires chroniques	2
Démence précoce.	13
Alcoolisme chronique..	11
Alcoolisme démentiel	2
Paralysie générale..	2
Démence artériopathique	1
Démence sénile	9
Psychopathie de l'encéphalite épidémique	1
Etat psychopathique atypique	1

La durée d'hospitalisation des malades présents dans le service en décembre 1955 peut nous fournir une idée de l'importance qu'il y a à créer une vie sociale :

moins de 2 ans..	105
de 2 à 5 ans	81
de 5 à 10 ans	89
de 10 à 20 ans	54
de 20 à 30 ans	32
de 30 à 40 ans	9

Nous constatons, en examinant ces quelques éléments statistiques, que le débit de l'hôpital est extrèmement pauvre et que les durées d'hospitalisation sont très longues. Il existe un certain nombre de malades dont l'atteinte psychotique ne peut permettre l'application d'une thérapeutique occupationnelle. Le nombre total d'oligophrènes profonds s'élève à 31. D'autre part, nous considérons les malades âgés de plus de 70 ans comme inaptes à tout travail. Parmi les malades les plus jeunes, six ne peuvent se livrer à aucune occupation pour incapacité physique ; 15 pour atteinte trop profonde de la personnalité. Ainsi, sur une population de 370 malades, 82 seulement sont inaptes à tout travail ou à tout contact humain.

En plus des conditions économiques difficiles de la plupart des malades internés, l'éloignement d'un centre urbain crée de nombreuses difficultés pour établir un contact fréquent avec les familles.

De tels faits nous obligent à envisager l'importance que prend la vie intra-hospitalière pour ces malades. Une psychothérapie appliquée dans ces conditions doit pouvoir utiliser une organisation de la vie collective active et variée en dehors des thérapeutiques biologiques courantes.

CHAPITRE III

LE PERSONNEL

Pour le service, le nombre d'agents s'élève à 87, soit un surveillant-chef, deux surveillants, treize chefs de pavillon, vingt infirmiers diplômés, vingt-neuf infirmiers autorisés, six infirmiers auxiliaires, six aide-soignants et dix élèves infirmiers.

I. — *ORIGINE DU PERSONNEL*

Le personnel, recruté dans Cadillac et les villages voisins, est issu en majorité de familles de petits propriétaires dont le salaire de l'hôpital est un appoint au budget familial. Depuis cinq ans, vient s'y adjoindre du personnel jeune dont la seule ressource économique est le salaire de l'établissement. Sur les 87 agents du service hommes à l'heure actuelle en fonctions, 70 % d'entre eux ont été recrutés avant 1950, date à laquelle fut institué un concours d'entrée. 30 % sont entrés après concours et avec examen de fin d'études. Les premiers examens du diplôme d'infirmier des H. P. ont eu lieu en 1939, le niveau était nettement inférieur à celui des examens actuels. Parmi les infirmiers entrés avant 1940, 37 % sont diplômés, 45 % autorisés, les 18 % restant ont été titularisés dans leur fonction. 50 % des infirmiers entrés en-

tre 1940 et 1950 sont diplômés et 50 % autorisés. Les infirmiers entrés entre 1950 et 1956 se répartissent ainsi : 35 % de diplômés, 35 % de stagiaires en cours d'études, 30 % autorisés. La moyenne d'âge d'entrée à l'hôpital s'abaisse progressivement. En 1950, elle était de 29 ans quatre mois ; entre 1950 et 1956, elle s'est abaissée à 25 ans et demi.

II. — *FORMATION DU PERSONNEL*

Une partie du personnel à l'heure actuelle en fonction a connu la vie asilaire. Sa formation est très peu homogène, essentiellement éduqué par les médecins-chefs se succédant ; c'est la vie quotidienne qui assurait son apprentissage.

Le premier examen du diplôme d'infirmier (1939) a permis au médecin de donner une formation théorique élémentaire. Depuis, cette formation continue et s'est perfectionnée. Cette évolution de l'asile en hôpital a voulu faire de tout le personnel présent des infirmiers soignant des malades, et non des gardiens. Ces personnes, issues d'un milieu paysan peu évolué ont eu les plus grandes difficultés à assimiler de telles conduites et un tel enseignement. Pour obtenir leur application, il n'y eut, pendant un certain temps, comme solution, que la crainte de la sanction. Ceci se traduisit, après le maximum d'initiatives agressives de la part du gardien vis-à-vis du malade, par une inertie de l'infirmier assimilant mal ses attitudes. Il n'y avait alors que les invigorations successives (notes de service) pour stimuler leur ardeur au travail. Ces difficultés d'assimilation des attitudes à adopter vis-à-vis du malade conservaient des racines plus profondes. Le personnel était habitué à considérer le malade mental comme un être inférieur, comme un enfant, dont on devait à tout prix assurer la bonne insertion dans le milieu asilaire par une obéissance sans condition. Considérer le malade mental comme une personnalité bien individualisée exigeait un effort intellectuel et une connaissance psychologique dont ce personnel s'avérait incapable. Il y eut, naturellement, quel-

ques exceptions, mais elles eurent peu d'influence sur l'ensemble de la collectivité. Ce désintéressement des choses de l'hôpital était accentué par le souci permanent du travail extérieur à l'asile pour la majorité d'entre eux. Cet enchaînement des conduites, tant des médecins que du personnel, avait un grand retentissement sur la vie des malades. Chaque infirmier est peu curieux de connaître exactement les besoins du malade et les moyens mis en œuvre pour assurer la bonne marche du service. Chaque initiative du médecin est commentée en fonction du retentissement sur la vie personnelle des infirmiers, sans tenir compte de son utilité à l'intérieur du service. Depuis une dizaine d'années, la formation du personnel, unifiée, mieux adaptée, les progrès réalisés malgré toutes ces réticences ont permis aux infirmiers qui ont alors pris fonction, de posséder une optique différente sur l'hôpital. Les dernières promotions de jeunes infirmiers sont, à ce point, significatives, car elles constituent un noyau de personnel particulièrement apte à assurer les besoins médicaux et, plus particulièrement psychiatriques, de l'hôpital.

III. — *L'EXERCICE DE LA PROFESSION PAR L'INFIRMIER*

Un jeune infirmier entrant comme stagiaire est, à l'heure actuelle, porteur d'un bagage intellectuel variable mais dont le niveau se situe un peu au-delà du C.E.P. Immédiatement mis en contact avec le service ,il arrive en général dans un pavillon surchargé de travail. Ses premières informations lui sont fournies par le personnel du pavillon. Aucune explication individuelle sur son travail ne lui est donnée. Ce n'est qu'au fur et à mesure de sa mise au courant qu'il peut se faire une idée personnelle de ce que peut être son action. Cette idée personnelle est fonction du premier pavillon dont il partage la vie. Sa première impression et ses premières réactions sont empreintes de suspiscion et de méfiance à l'égard du malade, réactions naturelles de l'homme devant la folie, entretenues par les recommandations du personnel en

fonction. Le premier geste du milieu médical dans lequel il vit est de lui remettre un trousseau de clés et de lui faire ressortir toutes ses responsabilités en cas d'évasion, de suicide. Suivant l'entrée en fonction, qui se fait rarement à une date fixe, vient la période de scolarité. Durant deux années, un enseignement théorique assez complet est dispensé depuis les dernières dispositions du Journal Officiel du 13 août 1955 La principale constatation que le nouvel infirmier peut faire est la discordance complète entre le contenu de ces cours et la vie quotidienne à l'intérieur des pavillons. De nombreuses personnalités ont réagi individuellement et l'approfondissement de cet enseignement a amené une amélioration des attitudes individuelles sans transformer l'ambiance des pavillons et de l'hôpital. Une part importante de l'enseignement est consacrée à l'administration ; son retentissement sur le comportement des infirmiers, à qui on fait ressortir une nouvelle fois l'importance de la responsabilité qu'il assume, non plus sur le plan thérapeutique, mais purement sur le plan administratif et juridique, se traduit par une rigidité des jugements et des conduites peu propices à l'éclosion d'un sens psychothérapique. Cet enseignement une fois terminé, l'infirmier ne bénéficie plus d'informations sur l'exercice de sa profession. Il poursuit celle-ci dans les pavillons, en suivant les fluctuations que le médecin veut bien donner à son service. La vie dans les pavillons est entièrement régie par la personnalité de son chef. Suivant la personnalité de cet infirmier, la vie du pavillon doit pouvoir prendre divers aspects. Or, dans l'organisation d'un hôpital psychiatrique, l'initiative qui leur est laissée est très limitée et ne peut permettre la naissance d'une vie intra-pavillonnaire riche. L'attention de ses responsables et leur intérêt ne se manifeste que pour la propreté, l'hygiène et la bonne comptabilité du pavillon (en ce qui concerne mobilier, effets, distribution de tabacs). Ceci entraîne une centralisation de tout ce qui est intérêt du malade dans les mains de l'équipe médicale dans laquelle nous englobons le surveillant.

A l'heure actuelle, de telles conduites sont tellement passées dans les habitudes que toute initiative de la part d'une équipe de personnel d'un pavillon apparaît comme quelque-chose prêtant à suspicion. Ainsi, de nombreuses initiatives heureuses ont été stoppées, ce qui a amené un désintérêt des infirmiers les suggérant, entraînant une suspicion plus grande de la part des cadres, en particulier du surveillant. Cette méfiance trouve un terrain propice dans la recherche des fautes vénielles, pourrions-nous dire, ce qui se traduit par un repliement des infirmiers sur eux-mêmes : Intertie difficile à vaincre. Le personnel est en somme aliéné dans les pavillons où il exerce. Le chef n'a que la responsabilité du respect des consignes, sans avoir le souci des intérêts du malade. Lorsque les thérapeutiques de choc ont fait leur apparition, une sélection s'est opérée, les bons infirmiers en ont assuré la responsabilité et, de ce fait, se sont trouvés tous rassemblés dans les mêmes pavillons. Cela a contribué à isoler le personnel demeurant dans les pavillons déshérités. Il existe cependant une partie du personnel pour qui le malade constitue un souci permanent. A l'intérieur du pavillon admission-infirmerie excepté, où sont pratiquées les thérapeutiques courantes, les soucis du personnel sont entièrement dirigés vers des préoccupations matérielles et ménagères. Le personnel n'approche le malade que pour se faire aider dans ses tâches quotidiennes et pour la distribution des médicaments et des repas.

La dualité entre personnel-malades joue le reste du temps. Le personnel cherchant à rendre son « aliénation » dans le pavillon aussi peu chargée de souci que possible, il arrive souvent qu'il accomplisse le travail seul, pour éviter d'avoir la responsabilité des malades qui l'aideraient..

La vie intra-pavillonnaire, pauvre pour le malade, est peu riche pour le personnel. Le « gardiennage » des malades pose peu de problèmes : éviter des dégâts, des disputes et attendre que les huit heures de « travail » soient terminées.

L'intérêt des malades est exclusivement entre les mains

du médecin ; les difficultés, les multiples autorisations à demander au médecin pour que le malade puisse sortir du pavillon, aller au sport, à la messe, etc.., sont stérilisantes et lassantes. Ce qui n'excuse pas, mais explique le comportement du personnel.

IV. — *DIFFERENCE DE PERSONNEL*

Entièrement liée à leur vie intérieure et à la formation qu'ils ont reçue. Nous pouvons plus ou moins arbitrairement faire trois catégories dans le personnel : les anciens, les infirmiers récemment en fonction et les jeunes stagiaires. Cette distinction n'est pas valable à l'intérieur des pavillons, car il existe une égalité dans le travail.

Les anciens, qui ont connu le vieil asile, ont mal assimilé les techniques thérapeutiques. S'ils sont unanimes à reconnaître que les thérapeutiques biologiques employées depuis une décade ont transformé l'atmosphère de l'hôpital, ils ne sont pas sans une certaine nostalgie de la possibilité de laisser éclore leur agressivité et ils ne peuvent arriver à comprendre le malade. Pour eux, celui-ci doit être entière soumission au verdict de l'infirmier ; être un homme normal, infirmier de surcroît, est une preuve sinon d'infaillibilité, du moins d'obligation à une obéissance purement passive. Leur travail se limite essentiellement à la surveillance. Les modalités de cette surveillance sont le fruit de leur propre expérience. Leur conduite, si elle veut être celle d'un père de famille, est celle d'un père autoritaire dont une correction est souvent la seule méthode pour pallier à leur insuffisance personnelle face aux problèmes que pose quotidiennement le malade. Ils considèrent les malades de leur pavillon comme un tout, sans tenir compte de la personnalité de chacun d'entre eux. Leur attitude vis-à-vis des malades est souvent éloignée de tout souci psychothérapique. Combien de fois n'a-t-on vu un infirmier s'amuser sciemment avec un délirant. L'analyse du langage employé entre infirmiers est sur ce point significa-

tive, « brancher » un délirant sur le thème de son délire est un jeu quotidien. Un comitial qui a la « truquaille » est voué à de multiples contrariétés et lorsque « elle » se transforme en agressivité, le problème est naturellement renversé.

Les infirmiers diplômés récemment ont connu à leur arrivée le déclin du vieil asile. Ils ont suivi les cours professionnels bien organisés et ont cherché avec enthousiasme à les mettre en pratique. Individuellement, leur effort est considérable, mais la persistance de la structure asilaire de l'hôpital ne leur permet pas d'utiliser leur dynamisme.

Les jeunes stagiaires entrés ces dernières années, arrivés au cours d'une période où les changements de médecins-chefs ont été nombreux, où les conflits à l'intérieur du service étaient accrus, en ont ressenti une insécurité, et, pour éviter de nombreux reproches, se sont limités dans leur activité au travail demandé par le règlement. D'autre part, la transformation progressive de l'ambiance hospitalière n'a été pour eux d'aucune surprise. En dehors de la préparation de leur diplôme d'infirmier, ils n'ont vécu aucune progression de l'hôpital psychiatrique et présentent peu d'intérêt et de participation personnelle à la vie de l'hôpital.

V. — *LE PERSONNEL NON INFIRMIER*

Si le personnel infirmier constitue une majorité, il n'est pas le seul en contact avec les malades hospitalisés. Le personnel employé aux cuisines, à la buanderie, aux divers ateliers des services généraux ,est entré à l'hôpital pour assurer l'entretien du matériel des locaux et les services qu'exige une telle collectivité. Dans leurs diverses professions, ils sont aidés par de nombreux malades. En dehors de leur formation professionnelle, aucune formation particulière pour la compréhension des psychopathes ne leur a été donnée. Pour eux, les hospitalisés qui les secondent constituent une main-d'œuvre non pas accessoire, mais essentielle. Le critère de « bon travailleur chronique d'asile » n'a rien à voir avec un senti-

ment de considération, mais plutôt d'utilité dans le travail quotidien. Les malades doivent leur être soumis, et cet asservissement est acheté au moyen d'un système de récompenses et de menaces. Le psychopathe est ici considéré comme un être inférieur dont l'initiative, le savoir-faire, ne peut compenser sa condition d'hospitalisé. On lui demande de fournir machinalement un travail rentable pour l'établissement.

Ainsi, dans le cadre du service et de l'hôpital en général, le rôle de l'infirmier est extrêmement limité et les conditions actuelles de l'exercice de sa profession ne lui permettent pas d'avoir des rapports interpersonnels plus riches avec les malades. Conditions de participation passive au gardiennage du malade avec, cependant, formation professionnelle lui permettant d'espérer une autre perspective de travail. Situation indifférente à certains, mais douloureuse pour beaucoup.

CHAPITRE IV

VIE SOCIALE

Ayant examiné la structure générale de l'hôpital, les malades qu'il reçoit, son personnel, nous allons observer les diverses activités de cette collectivité et les caractéristiques de la vie sociale qui en découle.

I. — *LE TRAVAIL*

Le travail offert aux malades l'est aux termes du règlement.Le règlement, modèle de 1857 (art. 153), stipule que « le produit du travail appartient à l'établissement, une rémunération de... est attribuée pour chaque journée de travail, aux aliénés entretenus au compte du département... ». L'organisation de ce travail revient en grande partie aux services généraux de l'hôpital. Un seul atelier intra-pavillonnaire existe, dont la direction est assurée par un infirmier spécialisé. Les autres catégories de travaux, telles que ménage, nettoyage, sont, bien entendu, exécutées à l'intérieur des pavillons. Les préoccupations économiques sont cependant à la base de l'utilisation du travail des malades mentaux. Calvet fait remarquer en effet que « la loi de 1838 est une loi d'assistance et qu'elle est tributaire de la notion d'assistance qui implique de la part de l'assisté, un travail qui sera la rançon de l'assistance ». Dans un autre ordre d'idées, ce travail effectué par les malades se présente comme une nécessité devant l'insuffisance de personnel des différents services dans lesquels ils sont occupés. Le potentiel de travail de l'hôpital est fonction des nécessités du moment. Le marché du travail à l'intérieur de l'établissement est variable et se trouve rapidement saturé. Ces conditions entraînent la monopolisation de ce travail par un nombre restreint de malades pour qui le terme de « bon travailleur chronique d'asile » convient parfaitement. Leur fonction est calquée sur celle du personnel : assurer le maintien du bon ordre. Seuls, l'atelier d'imprimerie-reliure et l'équipe travaillant le jardin, avaient une autonomie, encore que celle-ci fut limitée par les besoins de l'administration. Le travail « donné » au malade est fonction de la possibilité d'adaptation de ses troubles psychotiques à la collectivité à laquelle il appartient. Ainsi, 145 malades hommes sur une population de 370, sont occupés dans les divers services généraux et à l'intérieur des pavillons. Le travail est la seule possibilité d'expression dans la vie du ma-

lade. Il reçoit cette occupation comme une aumône ; être travailleur est un état privilégié. Quitter le pavillon le plus souvent possible, se désolidariser de la collectivité close est la seule issue possible. Le travailleur est un homme intouchable, défendu jalousement par son employeur. Cependant les attitudes de ces divers milieux sont quelquefois ambiguës. Si l'attachement particulier qu'ils prodiguent à chaque malade est fonction de son rendement, par contre, il est sujet à des comportements non dépourvus d'agressivité à son égard. Le malade doit accepter toutes les railleries, toutes les grossièretés, il est souvent l'objet de jeux et de farces, si on ne cherche pas à le faire entrer dans divers trafics. Ces faits sont davantage la conséquence de l'organisation générale que de telle ou telle personne en particulier. De ce travail, le malade retire un certain profit, paiement du pécule suivant les taux de 6, 8, 12, 20, 26, 30 francs par jour et casse-croûte le matin. Il vit dans un pavillon où sont rassemblés tous les malades travailleurs.

II. — *LES DISTRACTIONS*

Toutes les semaines, séances de cinéma le samedi après-midi, dont la programmation est entièrement entre les mains d'un distributeur local de films. Les jeux de cartes et de dames, plus rarement, sont utilisés dans certains pavillons, mais la plupart en sont dépourvus. Exceptionnellement, deux ou trois fois par an, une troupe d'amateurs venue de l'extérieur, donne une représentation dont le style patronage est souvent très pauvre. Les malades ont à leur disposition une bibliothèque comportant 150 volumes, mais seuls les malades travailleurs du pavillon Renaudin y ont libre accès. Il est habituel, lors du passage du Tour de France à proximité, d'organiser une sortie collective à cette occasion.

III. — *LA VIE SOCIALE*

Comme dans toute collectivité, il existe dans l'hôpital une

vie sociale. L'absence d'éléments permettant des échanges nombreux ne nous permet pas d'examiner celle-ci dans ses manifestations collectives. Essentiellement fondée sur des dispositions routinières et bien structurées, la vie à l'intérieur de l'hôpital a un aspect rigide et rigoureux. Peu de spontanéité dans toutes les activités.

Pour essayer de pénétrer les éléments de la vie sociale, seule l'étude des relations à l'intérieur du service pourra nous apporter quelques renseignements.

a) *Relations entre les services de la direction et les services médicaux.*

Ici, la place prépondérante est celle du règlement, ce qui constitue les relations normales dans le cadre d'une direction administrative. Il faut cependant signaler le rôle important de la Commission Administrative dans le cadre des hôpitaux psychiatriques autonomes. Cette commission supervise constamment les activités intra-hospitalières et peu d'initiatives peuvent être prises sans son assentiment. Les membres de cette commission locale, à de très rares exceptions près, sont peu informés des problèmes spécifiquement psychiatriques. Mettant l'accent sur leurs meilleures connaissances, leur intérêt est dirigé bien davantage vers la production viticole de l'hôpital que vers les problèmes intérieurs à celui-ci. Les relations entre les divers services administratifs sont l'expression d'une routine depuis longtemps établie et qu'il est difficile de modifier. En fait, dans la vie de l'hôpital, un service prédomine, l'économat, dont la sphère d'influence est énorme par les divers services qu'il dirige (cuisine, buanderie, lingerie, ateliers).

b) *Relations entre l'économat et les services médicaux.*

Ces relations sont d'autant plus difficiles que ses éléments n'ont jamais reçu une formation les orientant vers la connaissance de ce qui est la marche d'un service médical. Plus

que les règlements et directives des responsables de ce service, c'est la routine et le peu de compréhension de chacun des problèmes aux divers échelons qui est la source de nombreux conflits mineurs, mais qui paralysent une vie dynamique d'un service médical.

c) *Les relations personnel-malades.*

Elles ont été en partie examinées dans le chapitre sur le « Personnel ». Le point de vue de l'infirmier est ainsi connu, mais les répercussions de tels comportements sur les malades entraînent de leur part une certaine manière d'appréhender le personnel. Si le personnel est, avant tout, considéré comme un élément de surveillance, le personnel est celui avec lequel on entre le plus facilement en contact. C'est lui qui oblige ou décide le malade à exécuter ce que prescrit le médecin. Le problème ne se situe plus sur le plan des tendances, des dispositions d'esprit, mais bien sur celui des conduites concrètes. C'est leur observation qui nous permet d'examiner ces relations qui sont les relations - clefs d'une thérapeutique.

Le personnel peut être, et cela est possible dans les conditions fournies par le règlement intérieur, un élément coercitif ou bien un élément auxiliaire du médecin. L'infirmier est avant tout pour le malade une personne qui est payée pour le garder et le soigner. C'est à la fois celui dont on doit se méfier et celui en qui on voudrait avoir confiance. La confiance que témoignent les malades aux infirmiers se situe sur le plan des relations interpersonnelles. Cette confiance qui peut se développer facilement se trouve souvent négligée, soit par l'attitude indifférente de l'infirmier vis-à-vis du malade, soit par l'impossibilité pour l'infirmier de répondre favorablement à un besoin légitime du malade. Le peu d'initiative du personnel, à quelques exceptions près, ne favorise pas beaucoup l'éclosion de relations interpersonnelles de qualité. Devant cette récusation du personnel, le malade n'a qu'une seule issue, le repliement. Les contacts banaux

de la vie quotidienne sont mal acceptés, et l'ambiance du pavillon a quelque chose de froid, d'impersonnel et de collectivité forcée. Il est souvent malheureusement impossible de parler de confiance, car l'attitude du personnel prend un aspect tranchant, qui écarte toute possibilité d'échange.

Nous pouvons constater également qu'il existe une façon particulière de parler au malade suivant les pavillons. Chaque pavillon possède sa méthode verbale. Souvent, cette confiance qu'attend le malade ,est trahie par le manque d'unité d'un service. Tel malade traité par cure d'insuline est l'objet de la part des infirmiers de soins particuliers, tant physiques que moraux. Son traitement fini, l'encombrement du pavillon d'admission nécessite son changement. Si son amélioration est jugée de peu de valeur, les pavillons où il pourra être « muté » ne présenteront pas les mêmes garanties de soins. Il ira soit au pavillon des agités, soit au pavillon des semi-difficiles, soit au pavillon des gâteux ou vieillards. En l'espace de quelques heures, la vie de ce malade est entièrerement changée ; infirmiers différents, attitude de ceux-ci modifiée, les locaux sont plus tristes, le pavillon est plus sale, la personnalité des malades est moins prise en considération, l'aspect du pavillon plus carcéral, le pavillon est constamment fermé, sans aucune vision sur l'extérieur. Pour ce malade, le pavillon devient l'asile et non l'infirmerie. Les quelques échanges qu'il avait avec le personnel et les autres malades sont rompus brusquement. Si cet effet de rupture brutale peut quelquefois être thérapeutique, il se révèle malheureusement souvent comme le résultat d'une nécessité du service et non comme une indication thérapeutique. En fait, chaque intervention dans la vie du malade est souvent ressentie comme une punition, d'autant plus que, très souvent le malade est tenu dans l'ignorance la plus complète et ne l'apprend brutalement que par les infirmiers devant l'amener. Il s'ensuit une chaîne d'actes incompréhensibles pour le malade, qui dans son monde vécu, les traduit en actes arbitrai-

res et agressifs. C'est une chose naturelle pour le personnel parce que ne perturbant pas l'ordre établi.

d) *Les relations des malades entre eux.*

Transplanté dans le milieu asilaire, le malade venant du service de clinique est coupé de tous ses antécédents, son transfert à Cadillac s'effectuant brutalement. Au cours de ses premiers jours d'hospitalisation, le malade fait connaissance avec le pavillon. Les conditions de cette connaissance sont assez favorables, car le personnel du pavillon d'admission, le mieux éduqué, cherche à créer une ambiance agréable. Les contacts entre malades, s'ils ne sont pas riches, existent ; les contacts avec le personnel sont nombreux ne serait-ce que pour les thérapeutiques. Ces rapports conservent une part d'authenticité, car le malade se sait en observation ; du diagnostic porté dans les jours à venir dépend son avenir personnel, sa sortie. Les malades vivant dans ce pavillon sont ceux qui ont été admis récemment, ceux qui sont en traitement. A ces malades s'ajoutent ceux qui nécessitent une surveillance particulière, ayant manifesté des idées de suicide. Ainsi, un climat particulier se crée, fait pour certains d'une ambiance thérapeutique et pour d'autres de surveillance. Ces deux atmosphères, malgré les efforts des infirmières et des infirmiers de ce pavillon, interfèrent dans la sphère des malades. Le contact des malades depuis longtemps internés avec des malades récemment hospitalisés, donnent naissance à une sorte d'angoisse se traduisant par une recherche d'une solution purement individuelle en collaboration avec le médecin et le personnel. Si le malade réussit à s'insérer dans un groupe d'infirmiers qu'il aidera du mieux qu'il peut, sa personnalité sera prise en considération. Si le malade s'isole, s'il n'accepte pas sa condition d'hospitalisé, il ne sera plus qu'un membre du pavillon, ses préoccupations, ses soucis, seront connus de lui seul. Nous constatons ainsi que suivant les manifestations psychotiques des malades, le personnel joue un grand rôle dans son amélioration ou bien l'abandonne à la vie asilaire des autres quartiers. Si

l'hospitalisé devient travailleur, au bout de quelques temps, pour la raison très simple qu'il faut faire de la place pour les nouveaux entrants, il sera muté au pavillon des travailleurs, où se trouvent tous les malades dont les manifestations psychotiques n'ont pas trop perturbé leur contact social ; si ce malade est calme, ne nécessitant pas de surveillance particulière, il ira à Pinel où il vivra une vie d'hospice. Si, au cours de son séjour, le malade n'accepte pas l'hospitalisation, le pavillon Verneuil l'accueillera.

La vie au pavillon Renaudin (travailleurs), s'écoule de façon monotone, après le travail et le repas, la soirée s'écoulera en jouant aux carte ou en lisant le journal.

Ces malades travailleurs cherchent, dans leur situation individuelle, à retirer le profit maximum. Ainsi, au pavillon il s'est institué un trafic de denrées, matières premières qui, sans aucune valeur, améliorent pourtant la vie quotidienne de ces malades. Pour les malades qui approchent la cuisine, le bien-être qu'ils peuvent en retirer est le privilège « du café » ; pouvoir emporter quotidiennement deux litres de café de mauvaise qualité est une situation très enviée. Après le travail, c'est l'isolement le plus complet. S'il existe des malades s'entendant bien, ce sont les joueurs de belote et les jeunes, qui chahutent les plus âgés. Pour un pavillon hébergeant 80 malades, la soirée se passe dans l'attente du coucher. Dans les autres pavillons, d'agités, de semi-difficiles ou d'oligophrènes, la journée est d'une extrême pauvreté ; levés le matin, parqués aussitôt après le petit déjeuner dans la salle de jour et la cour, ils ne disposent d'aucune occupation, exception faite de ceux qui sont volontaires pour entretenir les dortoirs. Ils attendent le repas de midi, qui est l'occasion pour un tout petit nombre (toujours les mêmes), de sortir du pavillon chercher le repas. L'après-midi se déroule de façon semblable dans la cour et dans la salle de jour où, seul, le poste de radio apporte une note de variété et à grand bruit. Ce qui caractérise ces pavillons, encore bien davantage que le pavillon des travailleurs, c'est l'isolement.

Après de nombreuses tentatives thérapeutiques ayant plus ou moins échoué, le malade est noyé dans ce milieu clos où la seule distraction est le cinéma le samedi après-midi. Eloigné de la vie de l'hôpital dans laquelle il n'a rien à dire, il subit continuellement les événements extérieurs. Toute conduite est jugée bien entendu sur l'aspect symptômatique et évolutif de sa psychose, mais aussi, surtout, sur l'aspect agressif contre ce milieu. Les conduites du personnel désintéressé d'un pavillon ne présentant pour les autres que peu d'intérêt, aggravent cet état d'esprit. Tout échange entre les malades n'est examiné qu'avec suspicion. En effet, les camaraderies existant entre hospitalisés n'ont comme fin qu'une fuite hors de cet enclos. Cet isolement a comme conséquences l'impossible approche du malade envers qui tout comportement, même bien intentionné, n'est ressenti par lui qu'en termes d'agression. Cela peut s'expliquer, si l'on considère que toute proposition n'est faite au malade qu'en fonction des besoins de la collectivité, sans que sa personnalité propre y soit engagée. Si, de fait, l'hospitalisation est ressentie comme une privation de liberté, la vie quotidienne à l'hôpital psychiatrique l'est bien davantage comme une aliénation de toute la personnalité.

e) *Relations avec l'extérieur.*

Peu de malades libres à l'intérieur de l'hôpital. Tous les pavillons sont fermés, les travailleurs sont seuls autorisés à sortir pour se rendre à leur lieu de travail. La porte des autres pavillons est perpétuellement fermée ; peu de relations entre les pavillons ; les différentes vies intra-pavillonnaires sont sans aucune liaison.

Pratiquement, aucune sortie hors de l'établissement. Lorsque cette autorisation est obtenue, elle sous-entend une série de démarches, accord préalable de la famille, validation du laisser-passer par le médecin, le directeur, précision des heures de sortie (elles ne doivent pas excéder cinq heures). Quant

aux sorties de groupe, elles ne s'envisagent même pas, trouvant auprès des autorités locales et de la population une opposition difficile à surmonter. Ainsi les malades, rejetés hors de la vie sociale normale, se trouvent parqués dans un pavillon de l'hôpital où règne une vie asilaire des plus aliénante.

f) *Conditions sociales, morales et économiques.*

En dehors des relations, il nous paraît intéressant d'examiner les conditions sociales, morales et économiques offertes aux malades. Vie de collectivité, absence de tout confort, adaptation asilaire de l'environnement paraissent être les principales caractéristiques de ces conditions. Les locaux d'habitation sont tristes, peu agréables, les dortoirs ne possèdent aucune séparation, les repas servis dans des gamelles sont peu soignés. Il existe peu de lavabos ; en dehors des douches collectives, aucun pavillon n'en est muni. Le vestiaire, composé de caleçon, pull-over, veste et pantalons sont uniformes, de coutil gris l'été, de drap bleu l'hiver. La qualité des tissus est défectueuse et si, neufs, ces vêtements sont présentables, après un premier lavage, les couleurs sont ternes, les tailles raccourcies. Si les sandales constituent une chaussure correcte pour l'été, par contre les sabots de caoutchouc sont peu seyants et peu propices à une hygiène normale. Ces conditions vestimentaires composent au malade une silhouette peu agréable et caractéristique. Les avantages dont bénéficient les travailleurs se limitent au pécule et au casse-croûte. Le montant de ces sommes est théoriquement payé tous les mois, mais, chaque fois, il y est apporté un grand retard. Ce pécule est payé en « monnaie-cantine », sorte de jetons que les malades peuvent dépenser à la cantine tenue par l'administration. Cette cantine est ouverte deux fois par semaine et permet l'achat d'objets d'utilité courante (tabac, savonnettes, peignes, produits de petite épicerie). Ainsi, jusque dans les rapports à l'intérieur de l'hôpital, tout est aliénant : les modes de paiement, les vêtements uniformes, les chaus-

sures, etc... Le retentissement de cela sur le comportement des malades ne se mesure que par le laisser-aller et le peu de valeur attachée à ces objets. Si la vie collective peut l'expliquer en partie, la vie asilaire y est pour une grande part. Les résultats obtenus par l'introduction d'une vie sociale plus intense le prouvent.

En conclusion, nous pouvons dire que de nombreux facteurs interviennent dans la vie des malades à l'intérieur du service. Les uns d'ordre purement matériels nous font entrevoir les améliorations nécessaires et indispensables à accomplir pour modifier les conditions de vie des malades. Les autres, d'ordre psychologique, posent le problème de la modification des conditions de réaction collective et individuelle à l'intérieur d'une vie sociale plus riche. Il sera nécessaire de traiter le malade en homme à qui on demande une participation de sa personne à la marche de la collectivité, et non pas en enfant-adulte devant se laisser mener et accomplir différentes tâches pour lesquelles il obtient quelques avantages matériels. La bonne marche, la stabilité de cette collectivité, jusqu'alors obtenue par l'exigence d'une soumission et d'une dépendance complète de toute la personnalité au milieu asilaire devra pouvoir se maintenir en faisant intervenir un autre système à l'intérieur duquel les différentes personnalités trouveront une possibilité d'expression.

CHAPITRE V

Les Modifications immédiates apportées dans le Service

Nous rapportons ici l'éclosion des activités de groupe dans le milieu psychiatrique dont nous avons fait une brève étude

sociologique antérieure. Nous rapporterons les faits tels qu'ils se sont déroulés chronologiquement pour conserver à chacun d'eux leur place réelle dans le contexte de la vie hospitalière.

Le premier problème qui se posait était d'unifier le service où régnait un « chaos psychologique » (Baharona Fernandes). Intéresser tous les membres de la collectivité aux transformations à entreprendre parût nécessaire pour travailler avec le plus de coordination possible. Un bulletin quotidien d'informations, rédigé et dactylographié tous les matins par un malade, fit cette liaison nécessaire dans le service. Les premiers travaux furent effectués par des équipes de démolition dont le but était de dégager les fenêtres du rez-de-chaussée de leurs grillages et barreaux et d'entreprendre la démolition d'une fenêtre du pavillon d'agités, en vue de la construction d'une baie vitrée. Simultanément, fut installé dans ce pavillon l'atelier de vannerie-raphia dont les premiers travaux furent des paillassons de tresses de raphia. Ces premiers travaux s'effectuaient sous la conduite des infirmiers habituels Dix jours après le démarrage de ces divers travaux, un vin d'honneur réunissant tous les travailleurs du service autour du directeur, du médecin-chef, de l'économe, fut servi en l'honneur des premiers résultats obtenus.

Lorsque ces premières activités furent en train, l'atelier intra-pavillonnaire existant, de reliure-imprimerie, fut déplacé.

La nécessité d'organiser le travail à l'intérieur du service obligea à détacher un certain nombre d'infirmiers dans les fonctions de moniteur de travail. Huit infirmiers, volontaires pour travailler en deux amplitudes, de huit heures à midi et de 14 à 18 heures, en furent chargés. Ainsi, le travail dans le service fonctionna sur un rythme normal, avec un chef d'atelier permanent. A la gamme des travaux offerts aux malades par les services généraux, s'ajoutèrent des équipes de peintres, de maçons, de terrassiers, et d'électriciens, l'atelier de vannerie-raphia, puis quelques jours après, utilisant des machines déjà existantes, un atelier de menuiserie.

La façon la plus directe d'intéresser les malades et le personnel était de continuer à axer le travail vers l'amélioration des locaux, d'autant plus que cela était nécessaire. Pendant que l'équipe de peintres modifiait l'aspect uniforme et triste des chambres et du dortoir du pavillon d'admission, l'équipe de terrassement démolissait les murs intérieurs des cellules du pavillon d'agités. Une autre équipe démolissait de vieux locaux désaffectés en vue de construire ultérieurement un atelier de travail, remblayait avec de vieilles pierres le saut-de-loup du pavillon des incontinents. Une autre équipe, encadrée par un infirmier cimentier, commençait la fabrication de moellons de ciment pour l'édification de cet atelier.

Les distractions et les jeux furent introduits simultanément. Il fut possible, avec les crédits « distraction des malades », d'effectuer l'achat de « billards-golf », de nombreux jeux de cartes, de dames, d'échecs, ainsi que des « baby-foot » et des livres. Les activités sportives furent amplifiées. Chaque soir, après le travail, les malades des ateliers et des équipes de travail, se rendent en compagnie de leurs moniteurs au terrain de sport, où, de 17 à 18 heures, ils participent à divers jeux, basket-ball, volley-ball, boules, pelote basque. Cette participation est extrêmement souple et n'a pour but que de constituer une heure de détente avant le repas.

Dès la deuxième semaine avait lieu une réunion de tous les membres du service à la salle des fêtes ; fixée au mardi, cette réunion a lieu régulièrement. Les journaux muraux des pavillons furent mis en route. Après ce départ d'une vie plus intense du service, l'enthousiasme se manifestait toujours. Avec cette organisation, il apparût nécessaire d'améliorer le menu des travailleurs vraiment par trop insuffisant. La bienveillance de l'administration permit même l'attribution de 20 centilitres de vin par repas. Le tabac a été distribué en plus grande quantité suivant la catégorie de fumeurs. Le taux du pécule journalier a été doublé et porté, à partir de janvier 1956, à 10, 20, 30, 40 ,50 et 60 francs. Ces avantages ont été longs à obtenir, car se heurtant à un règlement

établi depuis de nombreuses années. La difficulté la plus grande se présenta lorsqu'il fut question de remplacer la monnaie cantine par de l'argent courant. Ces difficultés, si elles purent être surmontées, obligèrent à porter l'attention sur ces problèmes matériels. Les comportements des malades à l'intérieur de l'hôpital, permirent d'envisager quelques sorties à l'extérieur. Les malades susceptibles de sortir seuls, purent le faire le dimanche ; les ateliers sortirent avec leurs moniteurs, les autres malades, par petits groupes, accompagnés par un infirmier. Il fut rapidement possible de laisser un, puis deux pavillons ouverts en permanence dans le service.

La collaboration du personnel dans toutes ces activités fut énorme et on ne le soulignera jamais assez. Envisager l'évolution de l'hôpital nécessitait une collaboration encore plus étroite. Il fut envisagé la création d'une amicale des malades et du personnel dans le cadre de la loi de 1901. Cette amicale fonctionne à l'heure actuelle. La collaboration des malades à l'organisation de la vie du service fut obtenue par des élections, dans chaque pavillon, de délégués — un malade par 25 ou fraction de 25 — et d'un conseil de service, composé de six membres, élus par les délégués. Ces élections eurent un grand retentissement dans la vie du service, qui vit une recrudescence de l'activité et l'enthousiasme du départ se maintenir parmi les malades et le personnel. Le travail du conseil du service qui se réunissait tous les mardis en présence du médecin et de l'infirmier chargé de toutes les activités socioculturelles se fit immédiatement sentir.

— Création d'une école pour les adolescents du service et pour les adultes après le travail. Un malade, ancien maître d'école, assure son fonctionnement en deux temps, l'après-midi et de 17 à 18 heures.

— Projet et réalisation rapide du « foyer culturel », vaste salle repeinte en couleurs voyantes, éclairée au néon, meu-

blée avec des chaises, fauteuils, tables ultra-modernes en tube chromé et matière plastique, puis, progressivement, complété par des bibliothèques, tableaux, poste de radio, électrophone. Ce local est devenu rapidement un centre de l'activité sociale du service, où les malades pouvaient se reposer, consulter la presse, lire, écouter des disques. Il devenait en même temps le point de mire de ce que pouvaient devenir les autres pavillons.

— Création d'un club culturel animé par les malades eux-mêmes, où les sujets les plus divers y sont traités, suivis de discussion. 40 à 60 malades y assistent régulièrement le lundi et le vendredi.

— Affiliation à l'U.F.O.L.E.I.S. pour obtenir des films de qualité supérieure à ceux distribués par le distributeur local. Autour de ces projections, des discussions ont été encouragées, et ont donné naissance à un petit ciné-club dont les discussions débordent sur la séance du vendredi soir, du club culturel. Ces séances de cinéma ont lieu le jeudi soir et les séances du distributeur local, qui avaient lieu le samedi après-midi, ont été reportées au dimanche après-midi. Ce qui convenait beaucoup mieux avec l'emploi du temps de l'hôpital.

— Création d'un groupe art et théâtre, dont deux représentations ont été appréciées.

— A côté de ces activités nouvelles, de petites améliorations de la vie intra-pavillonnaire furent l'œuvre du conseil de service : installation de pendules aux murs des pavillons, de calendriers dans les locaux fréquentés par les malades, réparation et remplacement des postes de radio usagés, sortis des « cages » pour l'occasion.

Dans toutes les créations, la part prise par l'équipe médicale est importante. La décision commune fut vraiment une œuvre de psychothérapie collective.

Comme il avait été nécessaire de confier le travail à une équipe de moniteurs, ces activités aux aspects multiples ont été confiées à un seul infirmier qui a bien voulu consacrer son temps à ces activités ; ce qui constituait pour lui une lourde tâche.

La collaboration quotidienne des différents membres du conseil, de l'infirmier responsable, de l'équipe médicale, méritera toute notre attention. Conjointement, la poursuite des travaux continuait. Le pavillon des incontinents fut entièrement refait, une entreprise extérieure effectuant le carrelage, et les diverses équipes de malades les aménagements intérieurs (peinture, menuiserie, électricité). Les cellules du pavillon d'agités, supprimées, furent remplacées par des chambres à trois lits, leurs petites fenêtres par de grandes baies vitrées à menuiserie métallique ; les conditions de sécurité étant respectées, sans conserver l'aspect carcéral. La salle de jour du pavillon Verneuil fut carrelée et, comme au pavillon Déjerine, l'aménagement intérieur fut l'œuvre des malades. Ces améliorations des pavillons suivaient de peu la finition du foyer et du pavillon des travailleurs. Un atelier de sandalerie fut installé à Baillarger quelques temps après.

Des réunions fréquentes du personnel (chef de pavillon, moniteur de travail), permirent la coordination de ce travail. Les chefs de pavillon, au début, furent réunis le plus souvent possible, puis, ensuite, régulièrement tous les mois. Au cours de ces rencontres, les problèmes soulevés par chaque pavillon étaient envisagés collectivement (amélioration à prévoir, réparation à envisager) ; une solution rapide était, en général, trouvée. Ces réunions sont un stimulant pour l'initiative du personnel. Outre les questions matérielles discutées, ces réunions se terminaient toujours sur une débat dont le sujet se rapportait toujours à des questions de conduite vis-à-vis du malade ; théoriquement prévues pour une durée d'une heure, ces réunions se prolongeaient suivant les désirs du personnel. Les problèmes de surveillance, de responsabilité, des malades allant au travail, au sport, quittant le pavil-

lon le soir, purent être résolus par les échanges entre médecin, surveillants et personnel, de la façon la plus heureuse. Au cours de ces rencontres, le médecin put arriver à faire assimiler la notion de service unité thérapeutique.

Réunion des moniteurs de travail tous les mardi après-midi (le mardi est, en effet, réservé aux mises au point collectives du service) au cours desquelles sont envisagés tous les problèmes relatifs au travail, aménagement des locaux, approvisionnement en fournitures, variation des objets de fabrication, afin d'éviter le stockage, mise en route de nouveaux travaux, et, surtout, étude et observation des conduites des malades, pour déceler leur adaptation et les conduites à envisager par le moniteur à l'égard de chacun d'eux.

Réunion de synthèse : tous les mardi matin, médecin, internes, surveillants, assistante sociale, secrétaire médicale, se réunissaient pour examiner l'ensemble du service, les malades entrés dans la semaine précédente, les malades en traitement, envisager les conduites à tenir, s'informer mutuellement des diverses modifications notées dans les comportements. L'examen des malades du service fut ainsi réalisé peu à peu, et, autant que possible, une thérapeutique fut proposée. Dans ces réunions, les différentes tâches étaient distribuées suivant le fait de chacun, et un travail précis effectué pour la semaine suivante. Fixées au début pour un jour déterminé, ces réunions se firent spontanément plus fréquentes par la suite. Il faut souligner l'importance de la création d'une équipe médicale dans le cadre de ce travail, composée du médecin, de deux internes (intégrés, avec autonomie et responsabilité propres), de l'assistante sociale et du surveillant-chef, dont l'action était ainsi modelée et plus efficace.

Entre le mois d'août et le mois de décembre, toutes ces activités étaient mises en route. Elles ont permis de constater les résultats individuels d'une psychothérapie sociale. Ce rythme se maintenant, d'autres manifestations collectives vinrent s'y ajouter sans modifier la structure du service.

Les équipes sportives de Vauclaire et de Lannemezan sont venues à Cadillac, ainsi que celles de Mont-de-Marsan. Les malades de Cadillac se sont rendus à Mont-de-Marsan et Lannemezan. Les rencontres paraissent devoir présenter un grand intérêt pour tout le monde, en dehors de la satisfaction apportée par les matches de basket et de football. Des excursions en car purent avoir lieu, à Biarritz, Parentis, La Rochelle, et de nombreux malades y participèrent.

Les sorties du dimanche furent intensifiées, sorties de malades seuls et sorties de groupes. Le nombre de démarches nécessaires rendant peu psychothérapiques de telles sorties, la compréhension du directeur permit cependant leur réalisation. Les sorties sont maintenant entrées dans les mœurs de l'hôpital. Au printemps, des pique-nique ont été organisés. Une voiture de l'établissement amène, le dimanche matin, une dizaine de malades à 15 ou 20 kilomètres de l'hôpital et revient les chercher vers 18 heures. Cela a fortement contribué à assainir l'atmosphère carcérale du service et jamais, au cours de ces promenades, on n'a relevé d'éloignement trop prolongé.

Lorsque l'amicale a officiellement fonctionné, elle a immédiatement organisé un « bar » dont le fonctionnement a permis de constater le comportement normal de tous les pensionnaires.

DEUXIÈME PARTIE

La Vie de Groupe

Après avoir analysé le milieu hospitalier dans lequel fut introduit un certain nombre d'activités, nous allons essayer de saisir, à travers les transformations, les retentissements sur un double plan :

1°). — Sur le plan social.

2°). — Sur un plan individuel, dans le vécu des malades.

CHAPITRE PREMIER

LES ACTIVITÉS DE GROUPE

L'énumération des activités en cours dans le service ne peut être qu'exhaustive. Pour les ramener à leur juste valeur, il convient de les examiner dans leur articulation avec la vie du service. Qualitativement, deux catégories d'activités ont été introduites dans la vie de l'hôpital : le travail, les activités sociales, les activités culturelles.

I. — *LE TRAVAIL*

Au système classique asilaire fut substitué un système de travail plus directement sous contrôle médical. Le personnel responsable est du personnel infirmier ; dans le travail une place importante est donnée à l'observation du devenir des comportements sans tenir compte au premier plan du rendement individuel proprement dit. Ce travail, dit d'ergothérapie, fonctionne de deux manières : le travail en atelier, le travail en équipe.

a) *Le travail en atelier.*

L'atelier d'Imprimerie - Reliure, existant jusqu'alors retiré dans un réduit, fut installé dans un vaste local clair, au sein

d'un pavillon déshérité. Cela entraîna un regain d'intérêt pour le pavillon et pour l'atelier. Le nombre de travailleurs est passé de cinq à dix-huit, souvent plus. La possibilité de fournir un rendement global plus grand autorisa l'achat de matériel plus moderne et surtout plus important. Ce matériel permit l'amélioration de la qualité du travail, surtout en ce qui concerne l'imprimerie. L'achat de ce matériel fut facilité par l'intérêt que porte l'Administration à l'imprimerie. Cet atelier fournit, en effet, tous les imprimés nécessaires à l'administration et aux services médicaux.

L'atelier de reliure assure la reliure de toutes les archives, des livres de la bibliothèque des malades et de la bibliothèque médicale. Les activités de cet atelier s'intensifiant, il sera nécessaire de prévoir la possibilité de trouver un travail régulier, du moins en ce qui concerne la reliure.

Les malades de cet atelier sont, pour la plupart, des schizophrènes ou délirants, de niveau intellectuel moyen. La majorité des schizophrènes viennent à la reliure après être passés à l'atelier de raphia-vannerie. Ce travail nécessite une plus grande autonomie individuelle et une finition plus grande. Chaque malade, à l'intérieur de cet atelier, reste tout de même assez isolé, il n'existe pas d'esprit collectif proprement dit ; la vie de cet atelier a son noyau dans l'équipe d'imprimeurs. Les malades travaillant à la reliure et à la fabrication d'enveloppes et de cahiers, ont un travail individuel, alors que l'imprimerie est un travail collectif. Il est d'ailleurs à noter que les malades améliorés, à la reliure, demandent très souvent à travailler à l'imprimerie.

Le potentiel thérapeutique de cet atelier est assez limité, car son action est trop directement dirigée vers le rendement. Le moniteur de cet atelier est trop harcelé par les exigences en imprimés de l'administration, pour pouvoir consacrer le maximum de temps à chacun des malades. Le nombre des malades qui lui sont confiés est également trop élevé (17 en moyenne depuis un an).

L'atelier de Raphia-Vannerie, installé dans le pavillon dit d'agités, dans un dortoir (manque de locaux adaptés), occupa immédiatement les malades du pavillon dont le comportement difficile ne permettait pas la sortie hors du pavillon, et des malades venant d'autres pavillons. Leur niveau intellectuel et de sociabilité est faible. Les travaux initiaux furent très simples, ce qui s'explique par l'uniformité du matériau utilisé et le manque de formation du moniteur responsable. Cet atelier s'emplit rapidement de malades dont la plupart étaient en traitement par les neuroleptiques. Il servit de point de départ, dans la gamme des activités occupationnelles, pour beaucoup d'entre eux. Depuis sa création, 39 malades sont passés dans cet atelier. Le travail débuta par la fabrication de paillassons de tresses cousues. Cela comporte plusieurs temps : préparation du raphia, tressage ; travail convenant fort bien au schizophrène en traitement par la Chlorpromazine à forte dose ; couture des tresses, finition du paillasson qui, pour des hommes d'âge mûr restés longtemps inactifs, s'est révélée un travail fructueux. Mais, moins qu'une indication particulière d'un travail précis, le souci du moniteur fut d'intégrer la progression des capacités de chacun des malades dans cette série de travaux de niveau croissant. La variété des travaux fut ensuite plus grande, ce qui permit à des malades de niveau de sociabilité plus élevé de se joindre à cet atelier. Ce contact se révéla très heureux. Dans cet atelier, le moniteur a joué un rôle très grand par la qualité du travail qu'il pouvait accomplir lui-même. Son souci constant de nouvelles créations constituait une stimulation pour les malades. Cette recherche personnelle à l'intérieur de l'atelier fut un élément de coordination entre les malades. Le moniteur s'étant absenté pour suivre un stage de formation au centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active, nous avons pu constater une baisse générale de l'intérêt pour l'atelier. Sa personnalité a joué un rôle important dans l'amélioration de beaucoup de malades. Homme d'un naturel très doux, très calme, intelligent, s'adaptant facilement à toutes

les circonstances, ayant un goût très prononcé pour les travaux manuels, accomplissant dans sa vie familiale certains travaux de type féminin, il a été l'objet, pour certains malades, d'un attachement personnel. La compréhension de son rôle et son équilibre ont permis une collaboration fructueuse sur le plan thérapeutique.

L'Atelier de Sandalerie. Son fonctionnement, primitivement prévu pour la fin août, ne put être réalisé que dans le courant du mois d'octobre. De nombreuses difficultés s'interposèrent : impossibilité à se procurer les aiguilles spéciales, prix de revient trop élevé de la toile, formation nécessaire d'un moniteur, souci de la sécurité pour les malades travaillant, car il était indispensable de coudre les semelles à l'aide d'un fort poinçon. Toutes ces difficultés furent résolues par le moniteur lui-même. Originaire du pays basque, durant son congé, il s'initia à la confection des sandales et rapporta des aiguilles ; l'atelier commença alors à fonctionner. L'arrivée d'un malade dont les parents exerçaient la profession de sandaliers, put permettre un approvisionnement régulier en aiguilles, matériel fragile. Cet atelier vint se joindre à l'atelier de raphia, installé dans le même dortoir. La confection de sandales, espadrilles, comporte une échelle croissante de travaux ; entièrement confectionnées à la main, il faut préparer la semelle, la coudre, tailler la toile, la coudre sur la semelle et assurer la finition de la sandale. Cet atelier prenait l'aspect d'une petite entreprise artisanale. 12 à 15 malades y sont employés et confectionnent 12 paires d'espadrilles par jour en moyenne. Cet atelier reçoit, comme tous les autres, des malades de tous les pavillons du service ; ces malades présentent plus de constance, moins d'instabilité, plus de régularité dans le rythme du travail. Il s'agit en général de malades ayant exercé une activité professionnelle de manière continue avant leur hospitalisation, de malades venant des autres ateliers ou équipes de travail, où leur goût du travail et quelquefois l'impossibilité d'accomplir un labeur trop ardu, a nécessité un changement d'atelier, ou bien de malades ayant manifesté sponta-

nément le désir d'y travailler. C'est dans cet atelier que nous avons constaté le maximum de vie sociale. L'individualité du moniteur a trouvé, dans ce cadre, un terrain favorable à son désir de progrès et d'ambition. Homme très intelligent, ancien élève de l'école de marine marchande, déporté durant la guerre, à son retour de nombreuses difficultés familiales le contraignent à travailler à l'hôpital. Excellent infirmier, ayant un ascendant sur tous ses camarades, personnalité forte, affermie par les difficultés de la vie, son rôle psychothérapique a été prépondérant sur l'évolution intra-hospitalière ; d'une part du fait du goût qu'il a manifesté dans cette tâche, et, d'autre part, par sa position prépondérante à l'intérieur de son syndicat.

Cet atelier est devenu à l'heure actuelle un facteur décisif dans l'appareil thérapeutique du service. Depuis le début de son fonctionnement, il a reçu 33 malades, dont 7 sont sortis guéris, et 8 ont été très améliorés.

L'outillage de cet atelier est complexe : ciseaux, poinçons, aiguilles, matériel dangereux ; jamais jusqu'à ce jour il n'y eut à déplorer d'accident de quelque genre que ce soit.

L'installation de ces deux ateliers dans le pavillon d'agités, conséquence de l'exiguïté des locaux, a permis à ce pavillon d'en retirer un grand profit. La physionomie de ce pavillon a changé peu à peu, les comportements agressifs sont devenus moins fréquents et il n'existe plus d'agitation collective. Parmi le personnel une meilleure compréhension des besoins des malades suscite des conduites mieux adaptées qui se traduisent quotidiennement dans la vie des malades.

L'Atelier de Menuiserie, présente un aspect plus technique, il groupe six à huit malades ayant exercé des professions similaires ; son rôle est surtout de fournir au service un mobilier plus complet et moins asilaire. Tables de nuit, armoires, tabourets, fauteuils de jardin, brouettes et multiples objets d'utilité courante, ameublement du bar, ont été confectionnés par ce groupe de malades. Son rendement thérapeutique est limité peut-être en raison de la spécialisation du travail ;

il nous a été donné d'observer cependant l'amélioration d'une psychose hallucinatoire chronique par les neuroplégiques et la reprise progressive du travail.

b) *Le travail en équipe.*

L'équipe de Terrassement-Démolition, emploie des malades de niveau très différent, aux anciens manœuvres sont venus se joindre les débiles caractériels dont le comportement put être ainsi normalisé, des comitiaux, des alcooliques. Si dans ce travail il est nécessaire d'employer la force musculaire, ce travail nous est apparu une source de stabilité pour tous les malades au comportement irrégulier. Bon nombre de malades aux conduites agressives à l'intérieur du pavillon, ont pu, grâce au travail, trouver un exutoire à leur elasticité, ce qui eut une heureuse influence sur la vie intra-pavillonnaire et sur l'esprit des infirmiers. Cette équipe de terrassement a effectué de nombreux travaux, démolition de murs, comblement de saut-de-loup, déblaiement de terrain. 16 malades en moyenne travaillent avec un seul moniteur.

L'équipe de maçonnerie, sous la conduite d'un infirmier, ancien cimentier, occupe de 8 à 16 malades, suivant les travaux à accomplir. C'est l'équipe dont le travail est le plus apprécié dans le service. L'efficacité de cet atelier est fonction des travaux accomplis. Lorsque de gros travaux, comme la fabrication des pierres, la pose des fenêtres métalliques de Baillarger, étaient en cours, son insertion dans la vie du service était à son point culminant. Par contre, lorsque étaient entrepris de petits travaux tels que cimenter un trottoir, réparer une ouverture défectueuse, l'intérêt qu'y apportaient les malades était moindre. Dans ces deux équipes de travail, le comportement des malades est étroitement lié à la constatation de l'efficacité du travail fourni et à sa signification dans l'avenir des conditions de vie de tous les malades.

Léquipe de Peinture, par contre, est formée de malades ne travaillant pas ensemble, on ne peut pas parler de travail d'équipe : par groupe de deux ou trois, les malades sont dis-

séminés dans les divers pavillons où ils effectuent un travail différent. Un malade est responsable de tout ce qui concerne le matériel, la peinture, fait lui-même les couleurs et chaque sous-groupe de cette équipe travaille sous la direction d'un malade qui a la responsabilité de la tâche entreprise. Son apport à la collectivité est énorme ; en huit mois, cinq pavillons sur six ont vu leur passage. Les résultats collectifs d'une telle équipe permettent d'envisager la perpétuité d'une telle équipe. Ce système de fonctionnement a permis l'amélioration de tous les malades qui ont travaillé dans cette équipe. Pas un seul d'entre eux est du métier, ils sont venus travailler « à la peinture » après avoir travaillé dans d'autres ateliers où ils ne retiraient aucun profit. Leur mauvaise insertion dans ces groupes de travail collectif incita à former des petits groupes d'affinité et chaque fois on a pu constater une amélioration. Une équipe de peintres, sous la direction d'un moniteur, aurait-elle donné de meilleurs résultats ? Une réponse serait difficile, car la nécessité de disperser des sous-groupes de cette équipe ne permettait pas de détacher un moniteur dans chacun d'entre eux. Cette équipe emploie quotidiennement 8 à 10 malades.

L'équipe d'Electriciens dont la création répondait à un besoin pour améliorer les installations électriques défectueuses ou insuffisantes. Quatre à cinq malades travaillent avec un moniteur électricien, ici les relations des malades devraient s'investir de relations interpersonnelles plus riches, mais la personnalité du moniteur, faite de bonne volonté, mais peu ouverte sur les problèmes humains, n'a pas apporté ce que l'on pouvait attendre d'un petit groupe de malades.

L'équipe de jardinage, existant depuis longtemps, recevait un grand nombre de malades avant l'installation des autres ateliers et équipes. Leur extension a diminué le nombre de malades travaillant au jardin. En dehors du fait qu'elle occupe un nombre important de débiles et permet leur insertion dans un système de travail, cette équipe n'assume aucun autre rôle dans la collectivité. Cela vient peut-être du fait

qu'il y a eu un déplacement des centres d'intérêts dans l'hôpital, et de l'insertion des malades d'un meilleur niveau de sociabilité dans les ateliers créés.

Le Travail à la Colonie Agricole, une trentaine de malades, sous la direction d'un chef de culture, travaillent la propriété de l'hôpital « Château Lassalle » et s'occupent de l'élevage de porcs. L'existence de cette propriété permet à d'anciens vignerons de conserver le cadre de leur travail, tout en vivant en complète liberté (le pavillon est uniquement un lieu d'hébergement). L'éloignement de l'hôpital est un obstacle majeur à un meilleur fonctionnement thérapeutique de ce groupe de travail.

Le Travail dans les Ateliers Généraux : unique travail qui était proposé aux malades ; il occupe encore une centaine de malades du service, la caractéristique du travail a peu changé, mais cela a permis de poser l'indication du travail dans ces ateliers sous un autre angle. Beaucoup de malades qui y travaillaient y sont restés, mais ceux qui y sont placés à l'heure actuelle le sont en fonction de leur niveau de sociabilité ou professionnel. Le personnel des ateliers généraux (buanderie, cuisine, serrurerie, maçonnerie, économat) est peu formé pour s'occuper de malades mentaux et le but essentiel de leur travail est le rendement.

Le Travail Intrapavillonnaire. Les malades aident l'infirmier dans les tâches ménagères quotidiennes. Ce mode de travail existe de tout temps et ici plus que partout ailleurs ; il est classique de rencontrer un malade qui depuis cinq ans, voire dix ans, accomplit le même travail dans le même pavillon.

L'extension du travail a bouleversé ces habitudes. Le personnel utilise le malade pour se faire aider, la possibilité pour le malade de travailler à l'extérieur, oblige le personnel à chercher des travailleurs parmi les autres malades et lorsqu'un début de travail est amorcé, pour éviter la stéréotypie, le malade part travailler dans un autre atelier. Cela a permis « l'ac-

crochage » par le personnel de nombreux malades qui sans cela seraient restés isolés parce que personne ne venait à eux. Bon nombre parmi ont été améliorés et certains sont sortis. La vue de ces améliorations a eu une très grande influence sur le personnel qui prit ce rôle d'approche du malade très au sérieux, et sur les malades qui acceptaient plus volontier d'accomplir des besognes ménagères dans l'espoir de pouvoir travailler un jour ailleurs.

* * *

II. — *LES ACTIVITES SOCIALES ET CULTURELLES*

Sous ce terme nous entendons toutes les activités autres que le travail. Leur importance et leurs différences de qualité nous apparaîtront au cours de l'examen de chacune d'entre elles.

1°). — *LE CERCLE CULTUREL* des malades est animé uniquement par les pensionnaires. Son fonctionnement, sous la direction d'une équipe de malades responsables, est celui d'un groupe largement ouvert. Chaque semaine (les lundi et vendredi soir, de 19 heurs à 20 h. 30), sous la présidence de l'un d'entre eux, sont traités sous forme de conférence les sujets les plus divers. Cette réunion se tient dans la salle des fêtes où un groupe de trente à cinquante malades y assiste régulièrement. Parmi les sujets traités, la petite histoire, la géographie, les sujets de vulgarisation scientifique, y occupent une place prépondérante.

Voilà en quels termes parle un de ces responsables dans le journal de l'amicale : « Le centre culturel de notre hôpital a commencé ses conférences et ses lectures le vendredi 4 novembre 1955. La diversité des matières permet à ceux qui le

fréquentent de prendre contact avec un plus grand nombre d'idées et de connaissances sans qu'ils soient lassés par un trop long exposé sur une même question. Chaque séance comprend donc deux ou trois conférences, il y a eu des cours d'histoire littéraire qui durent encore, des cours de langue française, des conférences sur des savants, sur des peintres célèbres, sur les explorateurs, sur certaines organisations modernes, sur la géographie, sur des questions scientifiques, enfin sur la philosophie. Depuis environ deux mois, nous avons réservé au lundi soir les conférences uniquement culturelles tandis que les vendredi soir ont été faites des causeries ou des lectures variées suivies de commentaires par les auditeurs, du film auquel nous avons assisté le jeudi. Nous avons insisté pour que ceux qui n'ont pas l'habitude de parler au micro, ni en public, viennent donner leurs impressions personnelles. Cette extériorisation peut en effet avoir plusieurs avantages pour les intéressés. D'abord un regain d'assurance, une plus grande facilité d'élocution, parfois même le rejet fécond en dehors de leur « moi » de certaines idées latentes troublant leur équilibre ; elles sortent non pas exprimées habituellement, mais voilées par les mots. Qu'importe ! pourvu qu'une irritation ou un malaise intérieur soit calmé » (R. V. Essor - mai 1956).

Les sujets des conférences sont soumis régulièrement à l'approbation du médecin, mais l'exécution et l'organisation est l'affaire des malades.

2°). — *LE CINEMA.* Il y a longtemps que le cinéma a acquis droit de cité dans les établissements psychiatriques. Un marchand de cinéma de la région fournit régulièrement le film hebdomadaire. Une affiche alléchante, mais pas trop tapageuse, annonce sur un panneau situé près de la salle, le programme prévu. Nonchalamment le cortège des malades s'égrène vers le cinéma, pour échapper un peu à la monotonie écrasante de la vie hospitalière. Avec la création des activités de groupe, occupations multiples et manifestations socio-culturelles, l'enrichissement de la vie sociale du service

exigeait un regain d'intérêt pour le cinéma. Auprès de l'opérateur habituel de multiples démarches ont été effectuées pour obtenir un meilleur choix des programmes, l'élimination de quelques « navets » et l'introduction compensatrice de quelques bons films permettant de créer un centre d'intérêt autour de l'écran. Cette entreprise a échoué par les trop grandes difficultés de l'exploitant pour se procurer des bandes commerciales autres que celles dites « à grand spectacle », rentables dans la région. Au début de l'année scolaire 1955, l'hôpital a demandé à la Fédération des Œuvres Laïques de la Gironde (U.F.O.L.E.I.S.) de l'affilier à son réseau de distribution. Ceci a permis d'obtenir un programme supplémentaire qui, depuis octobre 1955, est régulièrement projeté les jeudis.

L'infirmier chargé des activités socio-culturelles s'improvisa opérateur et il projeta d'abord ce film les jeudi soir aux malades travailleurs. Il remarqua très rapidement que la privation de cinéma aux malades non travailleurs ne contribuait guère à leur intégration dans les activités du service et à leur amélioration. Après trois ou quatre semaines de rodage, il y eut une deuxième séance le jeudi après-midi pour les non travailleurs. Schématiquement, la séance du samedi reste du cinéma spectacle, tandis que celle du jeudi a un caractère plus culturel. En réalité, l'exploitant habituel, la concurrence risquant d'entrer en ligne de compte, a fait un net effort dans la présentation de ses bandes dont certaines sont choisies parmi les plus belles (« Justice est faite » de « Cayatte » — « Maître après Dieu » de « Daquin » — « Jeux interdits » de « René Clément », entre autres). Par la suite, la séance du samedi fut reportée au dimanche après-midi, le samedi étant consacré au sport.

L'infirmier socio-thérapeute avec un malade délégué par ses camarades à la critique cinématographique, réserve la séance du jeudi soir aux pensionnaires plus particulièrement intéressés par l'aspect artistique et créateur du cinéma. Ayant assisté une première fois à la projection du film, un pension-

naire le présente brièvement avant la séance du soir. Après la projection, on provoque des discussions, celles-ci devenant de plus en plus importantes, furent rapportées au vendredi soir, lors de la séance du cercle culturel. Le bulletin quotidien prend soin d'annoncer et de présenter tous les films et de donner le compte-rendu des commentaires. Des critiques plus amples sont publiées dans « l'Essor », le journal mensuel. Peu à peu l'intérêt pour ces séances fut croissant. Quarante, cinquante et maintenant plus de soixante malades assistent le vendredi soir à la séance des commentaires. Discussions nourries et animées où chaque pensionnaire vient contredire ou compléter l'opinion du voisin. On assiste ainsi aux révélations les plus inattendues. L'abonnement à diverses revues cinématographiques et l'achat de livres traitant plus particulièrement du cinéma ont fourni aux infirmiers et aux malades un riche matériel de documentation qui permet d'alimenter l'étude des films. Peu à peu, les infirmiers assistant à cette séance en compagnie des malades ont participé activement à ces discussions. Ces séances de commentaires, sans être de la qualité d'une réunion de ciné-club, permettent à chacun de s'exprimer sur les divers comportements des acteurs, sur l'authenticité des conduites, des situations, et permettent de souligner l'aspect créateur et esthétique de l'art cinématographique. Cette formule de discussion *a posteriori*, imposée par des préoccupations d'horaire (les infirmiers quittent leur travail à 21 h. 30), s'est révélée fructueuse. Elle permet aux malades d'assister à la projection dans l'anonymat le plus complet et de s'exprimer par la suite dans un groupe formé secondairement. Ce groupe n'est pas déterminé une fois pour toutes. C'est pour cela que le cinéma dans l'organisation générale a été intégré à l'intérieur du cercle culturel ouvert à tous les malades.

3°). — *LES REUNIONS D'ENSEMBLE.* Tous les mardi soir a lieu une rencontre plus vaste des malades (200) et du personnel (assistante sociale, infirmiers, internes et médecin). Le thème de ces rencontres est, soit la lecture, la critique

de la presse psychiatrique, soit des exposés de groupe autour d'un sujet avec expressions spontanées de l'opinion de tous ceux qui veulent participer aux débats : exposés centrés autour d'une région pittoresque avec projection de films fixes, auditions de chants folkloriques, récits sur les usages et coutumes du pays. Il n'existe pas de limitation des sujets. Au cours de ces réunions plusieurs formules ont été essayées. Parmi celles à retenir, nous citerons, le type de conférence faite par plusieurs malades sur un même sujet, outre l'avantage d'assurer une entreprise de groupe d'un niveau élevé, elle donne plus de dynamisme à ces réunions qui doivent être réalisées pour l'ensemble des malades ; le débat, après un bref aperçu donné par un malade sur un sujet choisi à l'avance, une discussion est engagée. Divers points de vue s'affrontent, on est très souvent étonné de voir la spontanéité de certains malades qui se révèlent à cette occasion ; la revue de la presse psychiatrique ayant lieu régulièrement tous les mois, elle permet aux malades d'assister de l'extérieur, en quelque sorte comme spectateur, à des réalisations de vie intra-hospitalière effectuées dans d'autres hôpitaux. La lecture des articles particulièrement intéressants est faite par les malades eux-mêmes et une discussion sur l'opportunité et les possibilités locales de telles manifestations est engagée. Cela permet de faire prendre conscience à la collectivité malades-personnel, des possibilités locales de création de telles activités. De nombreuses idées qui par la suite ont pris corps dans le service sont issues de ces réunions. La mise en évidence de leurs réalités dans divers autres hôpitaux psychiatriques a permis à la collectivité de prendre une conscience plus nette de ses possibilités. Ces réunions, sous direction médicale, se révèlent d'un grand intérêt pour l'assimilation des malades dans le groupe étendu que constitue le service. La participation de la plupart des malades à une entreprise commune peut ainsi être réalisée d'autant mieux, que chaque réunion est suivie d'une mise au point des progrès des diverses activités entreprises à l'intérieur du service et que chaque

nouvelle activité prévue, soit par le médecin soit par les malades, est ici annoncée et analysée.

4°). — *LE CLUB D'AUDITEURS DE DISQUES* se réunit deux fois par semaine : les mercredi et samedi ; sa formation est la conséquence de l'achat d'un électrophone et de quelques disques. Les premiers disques ont été choisis par le médecin, et, périodiquement, un achat de disques est prévu dont la liste est établie par les malades amateurs. Une vingtaine de malades s'intéressent régulièrement à cette activité ; malheureusement l'absence d'un infirmier susceptible de pouvoir enrichir les auditions de commentaires judicieux ne permet pas un approfondissement plus grand de la musique et l'extension d'un tel club.

5°). — *LA PRESSE A L'INTERIEUR DE L'HOPITAL.* La presse fut la première « innovation » introduite dans le service, d'abord sous une double, puis, sous une triple forme : le bulletin quotidien, le journal mural hebdomadaire et le journal mensuel de l'amicale.

Le Bulletin quotidien : ce bulletin intérieur au service, rédigé par un malade, informe sur les activités prévues pour la journée ou dans un proche avenir. Il est le reflet de toutes les réalisations, de l'esprit animant le service, il crée par les informations intérieures de toute sorte qu'il divulgue, une unité au service. Tout ce qui se fait dans un pavillon, dans les services économiques, est porté à la connaissance des malades et du personnel. Affiché dans chaque pavillon, communiqué à la direction, à l'économat et aux principaux foyers d'activité de l'hôpital, il permet de réaliser un lien et de coordonner les efforts. Il permet une préparation psychologique aux améliorations apportées, aux différents achats et à l'utilisation du nouveau mobilier. Le compte-rendu des sorties, des entrées, des promenades des malades, des résultats obtenus par les ateliers, permet une prise de conscience par les malades et le personnel des efforts fournis. D'autre part, nous

avons pu remarquer l'amélioration progressive des divers malades qui en ont assuré la rédaction.

Le journal mural. Les journaux muraux ont paru être une forme d'expression valable pour les malades d'un tel service permettant l'extériorisation de leurs critiques, de leurs goûts, ils pourraient à la fois refléter leurs impresions et réaliser une occasion de contact entre personnel, médecins et malades. Sous les noms les plus variés, chaque journal a pris naissance dans un pavillon, puis dans un autre, chaque pavillon voulant réaliser ce que faisaient les pavillons voisins. Chaque journal est confectionné de façon très diverse, le matériel est emprunté au quotidien et aux revues de la semaine ; résumé des nouvelles les plus importantes, documentaires iconographiques variés, histoires drôles, chroniques et critiques centrées sur chaque pavillon, sur la vie de l'hôpital. Chaque journal est présenté d'une manière plus ou moins esthétique suivant l'inspiration dominante du sujet traité. En général, un groupe de malades s'occupe dans chaque pavillon de confectionner le journal. C'est une activité d'ensemble qui se déroule les vendredi après-midi ou dans la soirée, en fonction de l'emploi du temps. Parfois certains malades assurent seuls, avec un soin jaloux, la parution régulière du journal en excluant toute collaboration. C'est peu souhaitable et assez rare. De petits groupes de deux, trois ou quatre malades, aidés le plus souvent par les infirmiers du pavillon, s'occupent de réunir le matériel nécessaire.

En tout cas, il ne s'agit jamais d'affichoirs, mis à la disposition des malades pour servir d'exutoires à leurs revendications plus ou moins heureuses ou pour décharger leur agressivité dénonciatrice vis-à-vis du personnel. Toutes les critiques sont admises, mais il y a toujours un effort d'élaboration et de présentation. Foyer d'activité intra-pavillonnaire, ces formes d'expression ont apporté de nombreux éclaircissements sur l'action des méthodes mises en train. Des suggestions et précisions heureuses sont venues de ces journaux. L'oppor-

tunité d'une promenade, d'un élargissement du menu, d'une meilleure distribution du pécule par exemple, ont été signalés par ce moyen, ce qui a permis après discussion en commun, d'apporter les modifications souhaitées. Point de rencontre des équipes médicales et administratives, la présentation des journaux muraux, le samedi matin réunit toutes les « personnalités » de l'hôpital, au foyer des malades. La coupure entre services médicaux, administratifs et économiques, si classique dans la plupart des hôpitaux psychiatriques, a été un peu atténuée par ces réunions qui ont mis en contact le personnel responsable et les malades « journalistes ». Ces échanges ont été le point de départ de contacts ultérieurs plus vastes. La confrontation des divers journaux est suivie d'une notation avec classement et attribution d'un prix à ceux qui sont le mieux présentés et qui apportent les critiques les plus judicieuses sur la marche de l'établissement. Aucun effort n'est oublié, bien entendu, et un prix de consolation vient récompenser chaque pavillon. Les journaux ont commencé à paraître en août 1955 et, très régulièrement, chacun des huit pavillons du service confectionne hebdomadairement son journal. Depuis novembre, les pavillons du service voisin sont venus s'y joindre, un désir commun de cohésion et de progrès a pu, dans cette circonstance trouver une occasion de se manifester et contribuer à améliorer l'atmosphère de l'hôpital. En janvier, la confrontation des journaux a été alors orientée vers une critique ouverte avec participation active du malade. Cette formule est moins heureuse, car l'efficacité d'une entreprise de groupe a été abandonnée pour concentrer, pour centraliser la confection du journal par un seul malade désirant s'exprimer ; d'autre part, l'amélioration successive de l'atmosphère du service ne répondait plus à une nécessité de critique, d'autant plus que tous les malades qui se sont occupés de cette activité à son début, ont trouvé place dans de multiples groupes à l'intérieur de l'hôpital. Comme toutes les techniques d'activité de groupe, les journaux muraux ne prennent leur véritable sens que dans un ensemble d'activités auxquelles

ils apportent chaque semaine un aspect à la fois d'information et esthétique non négligeable.

Le journal mensuel. Distribué à l'extérieur de l'hôpital dans un but de contribuer à mieux intégrer l'établissement dans la région. Ce journal rédigé par des malades, imprimé à l'atelier d'imprimerie, permet à un comité de rédaction, sous la direction d'un infirmier, de mener une activité de groupe de réelle qualité.

6°). — *LES RENCONTRES SPORTIVES.* En dehors des activités sportives qui se déroulent quotidiennement sur le stade de l'hôpital, de 17 à 18 heures, il a été possible d'organiser des rencontres entre les divers hôpitaux psychiatriques de la région du sud-ouest. Les hôpitaux psychiatriques de Vauclaire, Lannemezan et Mont-de-Marsan sont ainsi venus à Cadillac pour disputer matches de Basket-Ball et de Foot-Ball, et les malades de Cadillac ont pu se rendre à Mont-de-Marsan et Lannemezan. En dehors de l'intérêt sportif de telles rencontres, ces sorties ont fait l'objet d'une préparation particulière des différentes équipes, en faisant participer le maximum de malades. Elles ont été également longuement commentées et discutées en réunion du mardi soir, avec participation passionnée de la plupart des malades.

L'accueil des malades : une fois par mois, les nouveaux malades entrants (des deux services de l'hôpital), sous la conduite de l'assistante sociale visitent tous les services de l'hôpital et sont réunis au foyer avec la participation du directeur, de l'économe et des deux médecins chefs de service. Un thé leur est servi avec la participation des membres du conseil de service. Au cours de ces rencontres, de plus amples détails donnés par les responsables de la collectivité, sont fournis aux malades. L'ambiance de ces réceptions est sympathique et cordiale et permet souvent de constater l'atteinte sociale des malades qui y assistent ; jamais au cours de ces réceptions il n'a été constaté de comportement agressif ou désadapté.

8°). — *L'AMICALE DES MALADES ET ANCIENS MALADES* a été formée officiellement en décembre 1955. Les élections des membres ont pu avoir lieu parmi les malades pour élire leurs délégués et le conseil de service formé par les six membres les plus actifs qui collaborent ainsi à l'organisation de toutes les activités. Des élections parmi le personnel ont permis aux infirmiers les plus dynamiques de participer, en dehors du cadre hiérarchique de l'hôpital, à l'organisation de différentes manifestations. Les élections parmi les malades eurent un grand retentissement dans le service qui vit une recrudescence des activités et l'enthousiasme du départ se perpétuer parmi les malades et le personnel. En janvier, l'Amicale a commencé à publier son journal mensuel « L'Essor ». Le jour de Pâques, l'Amicale a ouvert son bar. Dans un local modeste, des boissons non alcoolisées sont vendues à des prix extrêmement modiques. Les dimanches et les jours de fête, il y a aussi de la bière, ultérieurement a été ajouté un rayon de confiserie et un rayon d'articles de fumeurs. Ouvert tous les jours de 13 à 14 heures et de 17 à 18 heures, tous les dimanches et jours de fête dans l'après-midi, le bar est très fréquenté. La possibilité de payer le pécule en argent courant a permis de normaliser ces relations commerciales. Le bar des malades envisage de prendre sous sa responsabilité et celle de l'Amicale, la gérance de la cantine qui s'avère faire double emploi. Ce bar est tenu par un infirmier aidé de malades et permet ainsi une observation plus réelle des comportements des pensionnaires. Il ne s'est jamais produit de conduites déplacées ni d'excès compensateurs. Les malades qui s'y retrouvent peuvent lier connaissance dans des conditions plus près de la réalité, dans un environnement qui ne rappelle en rien l'hôpital. L'Amicale a également organisé en août une grande fête-kermesse à l'exemple des différents hôpitaux psychiatriques voisins. A cette occasion l'hôpital a été largement ouvert au public et celui-ci a pu côtoyer les malades mentaux dans « leur maison ». Cette manifestation a été amplement

commentée dans les environs avec une teinte plutôt favorable.

9°). — *LE GROUPE D'EXPRESSION D'ART ET DE THEATRE* a eu une activité intense durant quelques mois. En septembre, deux soirées ont été offertes au personnel et aux malades, entièrement mises en scène et exécutées par les malades. La séance a présenté une réelle valeur de divertissement et d'expression. Cette activité qui n'a été qu'éphémère ne peut être que réduite par la difficulté que présente la mise en scène de pièces à rôles uniquement masculins. Le travestissement féminin n'étant pas à encourager. Ce groupe d'expression était d'autre part composé de malades dont les sorties ont été effectuées dans les mois suivants et la caractéristique de ce groupe ne pouvant être que la stabilité et une forte cohésion acquise dans des répétitions fréquentes, la mobilité qui s'en est suivie n'a pas été favorable à l'éclosion d'un nouveau groupe similaire. Une participation à un tel groupe ne peut s'obtenir que de malades susceptibles d'une expression tant motrice qu'intellectuelle voisine de la normale.

1°). — *AUTRES ACTIVITES A CARACTERE SOCIAL ET CULTUREL.* Les réunions du personnel, les différentes réunions qui ont été signalées par ailleurs, nous semblent entrer dans le cadre de ces activités. En dehors du cadre d'informations dans lequel elles étaient faites, leur contenu semble avoir influencé par ses retentissements, toute la collectivité hospitalière. Une meilleure compréhension de l'entreprise qui, à l'aide de ces réunions, a été transformée en entreprise collective. La prise en considération par le médecin des besoins, des désirs du personnel, sa participation plus active à la vie de l'hôpital, aux soins donnés aux malades, ont été une source d'échanges plus riches entre les membres de la collectivité.

Le Club Culturel des Infirmiers. La naissance de ce groupe d'infirmiers est venue à la suite des réunions du personnel.

Les moniteurs de travail, devant les responsabilités qu'ils assumaient, devant les perspectives professionnelles qui leur étaient offertes, devant les difficultés de diriger les malades dans le travail, réclamaient des réunions plus fréquentes. L'impossibilité pour le médecin de consacrer plus de temps, les a amenés à solliciter de nombreux conseils à un des internes et nous avons pu nous occuper de façon particulièrement suivie de ce groupe. La difficulté majeure était un manque complet de documentation en la matière. Un travail d'équipe fut organisé. A travers les publications sur ce sujet, l'expérience et le travail quotidien furent analysés. Se réunissant une fois par semaine, ce travail s'est poursuivi pendant six mois et si les résultats furent peu sensibles sur la collectivité, ces infirmiers trouvaient au sein de ce groupe l'occasion de confronter leur expérience quotidienne. Par suite, ce travail devint plus directement tourné vers les techniques, pour former et utiliser le groupe au maximum. Dans ce groupe, un moniteur a assuré un travail particulièrement efficace. Jusqu'alors, son influence s'exerçait sur le plan syndical ; ses réflexions au sujet du groupe de la sandalerie qu'il savait manier avec habileté ont permis à tous un enrichissement qui se traduisit par une exacte insertion des groupes de travail dans le potentiel thérapeutique du service. Ce cercle fut largement ouvert par la suite à tous ceux qui voulaient y participer. Ainsi prit naisance l'idée d'un club des infirmiers. Après maintes péripéties et plusieurs projets d'organisation de ce club, il fut inclus dans le cadre de l'Amicale des malades. Ce club se propose d'avoir une bibliothèque et de demander un local réservé à ses réunions. A côté du travail poursuivi à l'intérieur de ce groupe, des manifestations collectives ont été organisées (soirée de distractions offertes aux malades, visite des hôpitaux psychiatriques voisins). Diverses autres manifestations sont prévues pour l'année 1957. Ce club paraît devoir prendre, dans l'avenir, une grande place dans la vie culturelle du personnel.

D'autres activités ont pu être réalisées en relation directe avec les précédents.

Deux pavillons ont pu fonctionner en « open door » à l'intérieur de l'établissement. L'amélioration des comportements permit tout d'abord l'ouverture d'un pavillon où 80 malades vivent entièrement libres avec un seul infirmier, réglant eux-mêmes la vie interne du pavillon. Un deuxième pavillon de 60 malades put ensuite fonctionner de la même manière. Conséquences directes de l'enrichissement de la vie du service, l'ouverture de ces pavillons a permis la continuité des progressions dans les conduites.

Les excursions organisées pour les malades du service ont permis la participation de malades chaque fois différents. Ainsi 140 malades ont pu participer à trois excursions en plus des déplacements effectués à l'occasion des rencontres sportives. A l'exception des oligophrènes et des vieillards, la plupart des malades ont participé à ces sorties.

Les sorties hors de l'établissement ont été intensifiées. Seuls ou en groupe un nombre toujours croissant de malades peut sortir le dimanche. La bonne tenue, l'absence d'incidents au cours des premières tentatives, ont permis de surmonter l'opposition de la population et de nombreux membres du personnel.

L'étude des activités du service nous permet de mettre en évidence :

— leur rôle dans l'évolution des conditions de travail, tant du malade que de l'infirmier.

— leur apport à l'amélioration des conditions de vie des malades, à l'atmosphère du service.

— le changement d'optique du personnel dans le travail.

— la nécessité de créer des activités en fonction de la progression des conduites.

———

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous rapportons ici huit observations choisies parmi une centaine. Il nous paraît en effet plus utile d'examiner dans le détail le vécu de ses activités par le malade, plutôt que d'apporter des résumés d'observations.

Nous essaierons chaque fois de mettre en évidence les interrelations entre les activités proposées et les améliorations obtenues. Nous essaierons d'autre part d'examiner le retentissement des situations individuelles créées, sur les conduites de chacun des malades.

OBSERVATION N° 1

Monsieur Fernard CH.., né en 1919.

Aucun antécédent héréditaire pathologique ; ses parents exploitent un petit domaine ; une sœur vivant au foyer parental, mariée, divorcée. Aucun antécédent pathologique notable de la prime enfance. Après une scolarité assidue à l'école primaire, suit les cours d'une école primaire supérieure puis, reçu au concours d'entrée des écoles normales. A la sortie, exerce durant quatre années la profession d'instituteur jusqu'en 1939. Démobilisé en 1940, prépare le concours d'entrée à l'école normale supérieure. Reçu, suit durant trois ans les cours, obtient une licence de mathématiques, puis termine dans une faculté de province son diplôme d'études supérieures. A cette époque, subit une intervention chirurgicale pour varicocèle ; fort traumatisme psychique, réaction dépressive, autisme grandissant. Marié en 1944 à une jeune femme fantasque,

jouant à l'affranchie, qu'il préparait au concours d'entrée à l'E.N.S. Dès ce moment, se désintéresse complètement de l'enseignement ; se consacre de façon morbide à l'étude spéculative. Il n'assume aucun poste, vit matériellement aux dépens de sa femme qui, après son échec au concours, est nommée professeur dans un collège moderne. Nombreuses scènes de jalousie, fait du marché noir, perte de tout contact utile. Mène cette vie pendant quatre ans avant d'être traité en maison de santé. Plusieurs séries d'électrochocs amènent une amélioration passagère, suivie d'une recrudescence de l'autisme, avec réactions agressives à l'égard de sa femme et de ses proches. Hospitalisé en service de clinique, puis à l'hôpital psychiatrique. L'examen clinique montre une dissociation profonde de la personnalité, avec appauvrissement intellectuel ; propos sans signification, contradictions, maniérisme, bouffées coléreuses, syndrome schizophrénique. Successivement, une cure d'insulinothérapie, une série d'électronarcoses, la pyretothérapie, furent appliquées amenant chaque fois une amélioration transitoire.

Durant ces périodes, CH... fait quelques travaux ménagers, joue au football, mais ne reprend aucune activité personnelle, puis il retombe dans le mutisme le plus complet. Depuis 1953, bouffées d'excitation périodique, oppositionisme grandissant, agressivité, coprophagie, échec de la sismothérapie.

En septembre 1955, chlorpromazine per os à doses progressives stabilisées à 350 mg. pro die durant un mois, puis à 250 mg. durant cinq mois. Au cours du premier mois de traitement, mutisme complet, mais au bout de quinze jours accepte de suivre toujours le même infirmier pour l'aider dans de menus travaux.

Dans le courant du deuxième mois, sur notre invitation maintes fois répétée, accepte d'aller à l'atelier de vannerie-raphia où, progressivement, on constate une reprise du contact social ; méfiant à l'égard du moniteur, mais converse plus particulièrement avec deux camarades de travail qui arrivent à lui faire accepter ses mauvais résultats dans le travail du raphia et les contraintes de la vie en communauté. Au bout de trois mois, satisfait de son activité, se préoccupe de savoir s'il pourra reprendre sa profession ; il désirerait pour l'instant une activité plus intellectuelle et exprime spontanément le désir de changer d'atelier. Il choisit l'atelier de la reliure. Dans cet atelier, ne fait rien pendant une semaine, se contentant de lire quelques pages des livres mis à sa disposition. Sans avoir effectué un travail quelconque de reliure, demande à travailler à l'atelier contigu d'imprimerie, bonne adaptation immédiate, lenteur du travail malgré le désir et l'impression de progresser rapidement. Dès cet instant, participe aux diverses activités du service, soirées du club culturel, discussions du ciné-club en particulier, au début de façon passive, puis accepte de faire lui-même

des conférences sur des biographies d'hommes de science. S'intéresse à tout ce qui l'entoure. Joue au football au sein de l'équipe de l'hôpital, à ce titre a participé à plusieurs déplacements de l'équipe ; chaque fois a eu un comportement excellent. S'est lié d'amitié avec le malade président du club culturel, avec qui il discute souvent la manière d'organiser les soirées. Actuellement, travaille à la composition des textes, occupe ses loisirs à la lecture, apprend l'anglais. A été élu, par ses camarades, délégué du conseil du service au sein duquel il occupe le poste d'archiviste. A appris récemment son divorce, prononcé il y a quelques années. Très peiné, durant quelques jour n'a pas travaillé avec assiduité, restant isolé. Nous avons cependant insisté pour qu'il continue à aller à l'atelier, même sans travailler. Quelques jours plus tard, au cours d'un entretien avec CH.., il nous fait part de son intention de ne plus rien faire. L'atelier d'imprimerie se trouvant surchargé de travail, nous lui demandons de différer sa décision ; accepte, pour rendre service à ses camarades. La compréhension du moniteur a permis alors à ce malade de résoudre pendant cette période toutes les difficultés qu'il rencontrait, soit dans le travail, soit dans les diverses activités à l'intérieur de l'hôpital. Quotidiennement, ce malade s'est senti épaulé amicalement et une semaine plus tard, ce conflit étant liquidé, il envisageait l'avenir auprès de sa mère.

OBSERVATION N° 2

Monsieur Robert C.., 54 ans.

Naissance et développement psychomoteur normal ; aîné d'une famille de quatre enfants ; père gendarme, alcoolique, décédé en 1922, mère décédée en 1922 en H.P. Un frère, une sœur hospitalisés en H.P.

Scolarité à l'école primaire jusqu'à 14 ans. Entré à l'école des enfants de troupe, à 18 ans, contracte un engagement de cinq ans dans la cavalerie, plusieurs campagnes en Afrique du Nord.

Rengagements successifs durant quatre ans, fait une campagne en Indochine et plusieurs garnisons en France. A 32 ans, quitte l'armée avec le grade d'adjudant. Entre temps, fait connaissance de la femme avec laquelle il vit en concubinage jusqu'en 1945. Entre alors à l'administration des tabacs en qualité de vérificateur. Mobilisé en 1939, revient en France en 1944. Mariage en 1945 avec sa concubine, pour avoir la possibilité d'adopter une petite fille. Dès son retour demande son changement de poste. Ce changement est motivé par la conduite de sa femme durant l'occupation (en 1944, sa femme avait été tondue, il ne l'a appris que par la suite).

Sur son nouveau lieu de travail, ne trouve pas de logement, vit seul, souffre d'être séparé de sa femme et de sa fille adoptive qu'il ne voit que tous les 15 jours.

En octobre 1948, tentative de suicide. « J'entendais des voix qui nous traitaient de collaborateurs... On a coupé les cheveux de ta femme. Quand j'étais seul, sur la route, dans les dunes, tout cela était insupportable... ».

Hospitalisé en service clinique, puis à l'H.P. pour « idées délirantes de jalousie, de persécution, dépression mélancolique ». Echec de la sismothérapie Après un traitement par de petites doses d'insuline, légère amélioration. Sur la demande de sa femme, sort non guéri en 1950. Au début de l'année suivante, l'activité hallucinatoire devient plus intense, à nouveau hospitalisé. Nouvel échec de la sismothérapie. Vit alors dans un pavillon d'agités du service, en proie à une production délirante active, grossier, brutal vis-à-vis de ses camarades et du personnel, cris et colères continuels. L'isolement est nécessaire. Sa femme ne vient le voir que rarement et, chaque fois, c'est prétexte à une agressivité accrue. En janvier 1955, une cure de sommeil n'entraîne aucune amélioration du malade.

En septembre 1955, mis au traitement par la chlorpromazine, doses progressives jusqu'à 400 mg pendant 16 jours, puis dégressives, pour se stabiliser à 200 mg pendant quatre mois

Au bout de 15 jours, les conduites du malade sont moins agressives, mais reste isolé, n'accepte aucun contact. Un infirmier note justement : « à l'air de ruminer son énervement ». Cette même attitude persiste pendant un mois. Un essai de mise au travail dans l'équipe de maçonnerie échoue ; aucun intérêt pour le travail, asthénie la plus complète, en partie due à la chlorpromazine ; même les travaux les plus lents ne peuvent capter son attention.

Même échec lors d'un essai de participation au journal mural du pavillon. Vient quelquefois aux réunions d'ensemble, mais reste inactif au pavillon. Sur l'invitation quotidienne du moniteur de l'atelier de sandalerie, il s'y rend épidosiquement. En janvier, il y va régulièrement ; suivant son propre aveu : « j'y vais pour me distraire, je m'ennuie moins ».

Divers petits travaux lui sont alors confiés par le moniteur, travaux peu en rapport avec l'activité de l'atelier. Peu à peu s'intéresse à la vie de cet atelier, à la production. Il essaie de faire un travail suivi, a le souci de la qualité du travail qu'il fournit, ressent avec beaucoup d'amertume qu'il est incapable de confectionner une semelle de façon parfaite, craint que sa présence soit inopportune et empêche quelqu'un de venir à sa place. Un arrêt momentané du travail pour maladie nous montre tout l'intérêt qu'il porte à l'atelier car il demande des nouvelles de ses compagnons.

Trois jours après retrouve le travail avec plaisir ; en quelques

jours les progrès dans la finition du travail sont manifestes. La conversation avec ses camarades est souvent axée sur les raisons de son internement qu'il ne comprend pas et croit définitif.

Le moniteur insistant, il reprend la correspondance avec sa femme, interrompue depuis trois ans. La première lettre de celle-ci l'amène à envisager la possibilité de sortir. Son passage dans un pavillon fonctionnant en « open door », lui permet de nouer des relations nouvelles par l'intermédiaire de ses camarades de travail y vivant déjà. Il joue avec eux, participe aux soirées qui ont lieu au cercle des malades et mène à l'intérieur de l'hôpital une vie normale ; les visites de sa femme et de sa fille adoptive ont une influence heureuse sur sa perspective de sortie, l'incitant à participer plus activement à la vie du pavillon. Devant cette amélioration notable, sa femme demande sa sortie. Depuis Avril, ce malade vit de façon normale dans sa famille, il continue à prendre de faibles doses de chlorpromazine. Très bien adapté, il a repris une activité normale.

OBSERVATION N° 3

Monsieur Roger B.., 50 ans.

Cultivateur, marié, un enfant. Aucun renseignement sur la prime enfance. Une grand'mère ayant fait plusieurs tentatives de suicide. Un oncle paternel interné et décédé à l'âge de 26 ans à l'H. P. de Cadillac. Scolarité jusqu'à 10 ans, pas de C.E.P. ; puis travaille en qualité de domestique agricole jusqu'à son service militaire. Reprend ensuite sa vie de cultivateur qu'il poursuit sans histoire jusqu'en 1939. Prisonnier en 1940, libéré en 1945. Dès son retour, se montre violent, s'adonne à l'alcoolisme, ne mène aucune activité utile. Réaction très agressive envers l'un de ses voisins, menaces et voies de fait .Interné après expertise pour délire hallucinatoire, syndrome d'automatisme mental, avec appoint éthylique important. Après une série d'électrochocs qui n'amènent aucune amélioration, B... vit pendant quelques mois au pavillon Renaudin où il mène une vie oisive, occupant son temps à jouer aux cartes, sans avoir de partenaires préférés. Se montre périodiquement agressif vis-à-vis des infirmiers qu'il accuse des pires méfaits, le reste du temps vit isolé, refusant tout traitement.

En octobre 1955, vient au pavillon infirmerie. Accepte, après de nombreux entretiens avec le médecin, de suivre un traitement. Une série de six électrochocs est faite sans qu'on note une amélioration, puis ce traitement est suivi de l'administration de réserpine à doses progressives pour demeurer à 12 mg. durant 35 jours. Lors de l'apparition de signes de la série extra-pyramidale signalés maintes fois au cours de ces thérapeutiques, les doses de réserpine sont diminuées pour demeurer à 6 mg. durant

60 jours. Après la régression rapide des troubles, la production délirante est moins active et le malade reconnaît son caractère morbide ; on note une ébauche de critique ; le malade n'a participé jusqu'à ce jour qu'aux activités ludiques du service et n'envisage pas la possibilité d'une sortie : « J'ai fait une bêtise, il faut que je reste ici ».

Accepte d'aller travailler à la seule condition de ne pas être en contact avec le personnel infirmier. Il travaille alors à la cuisine. Quelques disputes avec un cuisinier, membre du personnel, l'incitent à changer d'emploi. De lui-même, il choisit l'atelier de sandalerie sans motiver son choix. Au bout de 15 jours, il sollicite un nouveau changement d'activité sans aucune conviction. Sur nos conseils demeure à la sandalerie, mais ne fait aucun travail ; il n'accepte de rester là que pour éviter de cotoyer les infirmiers du pavillon. Il discute cependant avec ses camarades, surtout de questions politiques, sans animosité, et fait preuve d'un jugement sain. Au cours de ces discussions, prend place à la table de travail. Quelques jour après, il aide un de ses camarades avec qui il aime particulièrement discuter. Il lui prépare le fil avec lequel il doit coudre les semelles. Il parle alors longuement de son passé et de sa vie de prisonnier de guerre (son camarade et le moniteur de l'atelier ont été également prisonniers de guerre). Il s'intéresse progressivement au travail et lorsque le moniteur ou ses camarades le lui font remarquer, il s'excuse en disant : « Je ne fais pas de zèle ». Un des malades de l'atelier devant sortir prochainement, mais la sortie étant retardée par des difficultés administratives, B... lui propose de sortir à sa place : « Puisque toi tu es guéri et sûr de sortir, tandis que pour moi, étant prisonnier, cela menace de durer ». Devant ce désir si clairement formulé, quelques entretiens avec lui nous éclairent sur l'optique qu'il a de son internement. Il se considère comme prisonnier, faisant de la prison pour un coup de bêche qu'il aurait donné à un voisin. En accord avec le moniteur de l'atelier, nous essayons de modifier ce jugement erroné et lui laissons prendre conscience de sa maladie. Un mois après, devant les progrès constants du malade, un examen plus poussé nous permet de constater que le malade ne présente plus que quelques hallucinations auditives auxquelles il reste totalement indifférent. Dans son travail, il porte un goût plus grand, il participe activement à la bonne ambiance de l'atelier. Vivant jusqu'alors dans un pavillon fermé, son passage au pavillon fonctionnant en open door, lui permet de retrouver bon nombre de ses camarades de travail qui l'entraînent à participer à de nombreuses activités (lecture des journaux quotidiens, conférences), sans y prendre une part active. Il vit ainsi en harmonie avec le milieu dans lequel il se trouve. Quelques sorties hors de l'établissement, en groupe et seul, font apparaître un comportement normal. Sa femme, constatant une amélioration, désire re-

prendre la vie commune. Sorti depuis plusieurs mois, il a repris ses travaux agricoles, s'est très bien adapté, mène une vie familiale normale ; son entourage n'a vu aucun inconvénient à son retour. Il continue à prendre cependant trois comprimés de chlorpromazine par jour.

OBSERVATION N° 4

Monsieur Manuel B..., 48 ans.

Nationalité espagnole. Parents décédés ; marié, sa femme meurt au cours de manœuvres abortives. Un frère et deux enfants vivant en Espagne dont il est sans nouvelles depuis plusieurs années.

Aucun renseignement sur la prime enfance ; après une scolarité courte durant laquelle il apprend à lire et à écrire, il travaille la terre avec ses parents. En 1936, il s'engage dans l'armée républicaine. Réfugié en France en 1939. Séjourne alors dans plusieurs camps de réfugiés, embauché par la suite dans une entreprise forestière. Au cours de l'occupation, est requis pour travailler à l'Organisation Todt. Travaille ensuite dans plusieurs entreprises aux quatre coins de la France. En 1952, il est arrêté à Bordeaux pour vagabondage, puis pour coups et blessures. Après avoir purgé différentes peines de prison, est arrêté à nouveau après s'être présenté à une banque pour retirer de l'argent avec des talons de chèques qu'il avait trouvés dans une poubelle. Expertisé, dirigé sur l'hôpital psychiatrique en 1955. Délire de type mégalomaniaque, idées de préjudice ; on lui envoie des wagons de jambons et de liqueurs d'Espagne. Une femme détourne également l'argent qu'il devrait recevoir. C'est pour récupérer son argent qu'il s'est présenté à la banque.

A son entrée à l'Hôpital, série d'électrochocs sans effet ; après quelques mois au pavillon infirmerie, muté au pavillon Renaudin où il vit isolé.

En octobre 1955, mis en traitement par la réserpine à doses progressives pour demeurer à 10 mg. Quelques jours après est changé de pavillon sur sa demande. Dans ce pavillon son comportement est inchangé, opposant, cherche toujours à partir pour récupérer les objets dont on l'a frustré, tenue négligée, peu de soins de ses vêtements et de sa personne. Voyant ses camarades aller travailler, veut bien y aller aussi. Au mois de décembre, va quotidiennement à l'atelier de sandalerie, mais ne fournit aucun travail. Puis, dans le courant du mois de Janvier, son travail devient effectif, très assidu. A la fin de janvier demande à aller au pavillon ouvert ; satisfaction lui est donnée. En quelques jours sa tenue vestimentaire s'améliore et il est beaucoup plus soigné, cependant son travail est passable. Dans les semaines suivantes, les progrès

sont appréciables, le travail est de meilleure qualité. Simultanément son comportement, tant à l'atelier qu'au pavillon, devient normal. Un nouvel entrant espagnol venant travailler à l'atelier, il se lie d'amitié avec lui, parlent souvent ensemble. Un autre malade de même nationalité travaillant depuis longtemps dans cet atelier vient se joindre à eux. Ce groupe ainsi formé au travail ne se séparera plus. Les deux malades logeant au pavillon ouvert demandent que le troisième y vienne aussi. Dans le travail comme dans le pavillon, ils s'aident mutuellement, participent aux mêmes activités. Lorsque l'un d'eux commence un accès maniaque, les deux autres avertissent le moniteur que quelque chose ne va pas, se réjouissant de le voir revenir au bout de quelques jours. Ce même malade, au mois d'avril, présentant une affection qui nécessite son hospitalisation à Bordeaux, les autres demandent au moniteur de leur donner de ses nouvelles ; lorsque revenu à Cadillac, il est obligé de garder le lit pendant quelques jours, ils lui rendent une visite quotidienne, lui portant journaux, livres, jouent aux cartes avec lui. Dans toutes ces activités, B... joue un rôle important, c'est de lui que viennent la plupart des initiatives. Lorsque l'atelier organise une sortie, soit en fin de soirée après le travail, soit pour une journée, ce groupe en constitue l'élément dynamique. B... a conscience du rôle qu'il joue dans tout cela. Au pavillon, ils se sentent plus isolés, ils paraissent moins dynamiques. Ils n'en constituent pas moins un centre d'intérêt pour tous les malades du pavillon qui cherchent souvent à participer à leurs activités, mais leur domaine est l'atelier où ils font régner une excellente ambiance. Lorsque l'un d'eux est sorti au mois de juin, les deux autres ont continué comme par le passé. B... a alors écrit à son frère en Espagne pour lui demander s'il y avait possibilité de rapatriement. Il n'a jamais reçu de réponse, il envisage alors de pouvoir travailler à l'extérieur, ou d'aller dans une maison de retraite. A l'heure actuelle, B... ne présente plus aucune idée délirante, son comportement est parfaitement adapté, il joue un rôle important à l'atelier de sandalerie autant que dans le pavillon. D'humeur toujours égale, aimant à plaisanter, il est le camarade préféré de beaucoup de malades. Sa sortie peut être envisagée prochainement.

OBSERVATION N° 5

Monsieur Jacques D., 64 ans.

Employé de commerce. Peu de renseignements sur son enfance. Issu d'une famille aisée il fait des études secondaires. Parents décédés, un frère médecin. Au cours de la guerre 1914, fracture de la hanche droite, puis ostéomyélite. De retour à la vie civile, fré-

quentes rechutes d'ostéomyélite l'obligeant à interrompre son travail pour lequel il n'a aucun goût. En 1930, interné à l'hôpital psychiatrique pour mélancolie avec idées délirantes, d'auto-accusation. Bonne adaptation à la vie asilaire, indifférence à l'entourage, vit seul, passe son temps à lire. Nombreux épisodes dépressifs avec tentatives de suicide. Refus persistant d'alimentation. Gavage nécessaire. Ensuite, électrochocs réitérés pour chaque période dépressive et refus d'alimentation. Une seule camaraderie connue avec un malade transféré par la suite dans un autre H.P. Pendant 25 ans, alternance de périodes quasi normales et de périodes de refus d'alimentation avec idées de suicide, désir de mourir. En août 1955, au cours d'une telle période, perte de tout respect humain, se mouche dans les doigts, crache sur les portes alors qu'habituellement il était un malade à tenue soignée. Après une série d'électrochocs, amélioration habituelle et accepte d'aller travailler tous les après-midi à l'atelier de vannerie. Son comportement est toujours négligé, mais il est satisfait de sortir du pavillon. En Février 1956, refus d'alimentation, ne veut plus aller travailler, désire mourir le plus rapidement possible. Un entretien avec lui révèle une fatigue, une asthénie, un fond thymique triste, la perte du sommeil et un désintérêt progressif de son travail. Traitement par le dinytrile succinique, sans interruption du travail et reprise du travail à l'atelier de sandalerie. Reprise immédiate de l'alimentation. En quelques jours, le comportement s'est normalisé, sympathie immédiate pour le moniteur auquel il confie que s'il a été déprimé c'est qu'il pensait que le médecin voulait le faire transférer au pavillon « d'agités », car il ne peut éternellement rester dans le même pavillon, alors que de nombreux malades, venant des pavillons délaissés y ont à l'heure actuelle leur place (depuis 26 ans, il vivait au pavillon infirmerie), et qu'il ne peut aller au pavillon des travailleurs car il est trop vieux et que certaines personnes ont le monopole de ce pavillon. Le moniteur l'en dissuade, en parle au médecin-chef qui lui confirme la possibilité d'aller au bout de quelques jours au pavillon Pinel. Son comportement à l'atelier et sa vie dans le pavillon se trouvent favorablement influencés. D... est jovial, souriant, s'intéresse spontanément à la vie du service, participe à toutes les activités, en particulier auditions de disques, conférences du cercle culturel. Son passage, quelques jours après, au pavillon des travailleurs amène une régression de ce comportement, car il a peur « d'une mafia d'infirmiers qui ne peuvent que lui porter tort ». Le moniteur joue alors un rôle prépondérant en lui redonnant confiance et en lui faisant entrevoir la possibilité de sortir si son état se maintenait. Le malade oppose une résistance (faible il est vrai) à cette proposition car, dit-il, « les infirmiers et son frère s'opposent à sa sortie ». Il demande alors à être appareillé pour pouvoir marcher facilement, on lui donne satisfaction. Dès cet instant, il envisage plusieurs possibilités de sortie indépendamment de son

frère. Son travail est régulier. Il accorde une valeur particulière à la qualité du travail qu'il fournit. Au mois de mars, il va, après le travail, en promenade avec ses camarades, satisfait de pouvoir marcher, disant lui-même : « Depuis vingt-ans que je suis ici, c'est la première fois que j'ai l'occasion de visiter le château. Si dans quelques temps, on voulait m'accorder la permision d'aller en hospice, je sens que je pourrais vivre jusqu'à 75 ans ». Quelques temps après, participe à une excursion à Biarritz. Sa tenue s'améliore encore, toujours très propre, ponctuel au travail, gai, syntone, souriant, discutant agréablement avec ses camarades. Envisage de demander sa sortie pour aller dans un lieu où il pourrait aller à la pêche,se promener librement. Fait de nombreuses promenades seul ou accompagné à l'extérieur de l'hôpital, il n'extériorise plus d'interprétation des événements qui l'entourent, mais ne croit pas trop à la réalité de sa sortie. Le moniteur entreprend lui-même les démarches auprès d'un hospice, le tient au courant. Au mois de mai, une place est libre. D... se propose spontanément pour y aller. Depuis, il mène une vie normale, toujours souriant, très bon pensionnaire, bon camarade, vient de temps en temps à l'hôpital et son adaptation à l'hospice est parfaite.

OBSERVATION N° 6

Monsieur M. J.., 23 ans.

Sandalier. Rien à signaler dans ses antécédents familiaux. Elevé par sa famille jusqu'à l'âge de 12 ans, placé alors dans un petit séminaire où il ne reste qu'un an, renvoyé pour raison de santé ; contrarié de ne pouvoir rester. Revient au village natal où il est la risée de tous ses camarades de classe. Echec au C.E.P. Son père ne veut pas le représenter.

A 14 ans, il travaille à l'atelier familial. Père rigide, bon père de famille, mais il est le chef. En mai 1954, appelé au service militaire, difficultés d'adaptation. Un mois après son arrivée au camp, réaction cafardeuse, sentiment d'échec, de culpabilité (ne va plus à la messe, n'écrit plus à ses parents). Impression progressive de changement de l'entourage. Certitude qu'un échec a joué contre lui. Un jour, de garde au mess des officiers, sachant que le colonel doit téléphoner, le téléphone sonnant, il décroche, comprend mal la communication, raccroche. Le lendemain, semoncé par un adjudant qui lui transmet le mécontentement du colonel ; changement de poste avec des vexations multiples (quatre jours de salle de police, moqueries des camarades), M... cherche appui auprès de son père qui connaît un officier du camp où il se trouve. Son père refuse d'intervenir. En juin 1954, lors d'une permission, son père le trouve changé, moins d'entrain, songeur.

Change de camp, même attitude jusqu'en avril 1955. Devant défiler, se cache dans sa chambre, trouvé par le sergent de semaine. Quatre jours de salle de police, puis envoyé à l'hôpital militaire qui le dirige en juin 1955 sur l'H.P. Se présente dans un état de mutisme à peu près complet, le faciès amimique, aucune participation à l'ambiance, refuse toute nourriture, n'accepte que les boissons, apragmatisme total, sourires immotivés, nombreux barrages, pas de délire mis en évidence.

Une cure de Sakel est entreprise aussitôt, amélioration rapide, meilleur contact avec le personnel, mais il faut l'inciter vivement pour qu'il parle. Amené régulièrement aux soirées ayant lieu au foyer des malades, commence à jouer à divers jeux mis à sa disposition, quelques jours après, joue à la pelote basque avec les infirmiers. Après un mois de traitement, le contact est peu amélioré, aucune participation à l'ambiance. M... va régulièrement à l'atelier raphia - vannerie tous les après - midi et le soir participe passivement à toutes les activités du service. La poursuite simultanée du traitement par l'insuline et le travail l'après-midi n'amène qu'une amélioration progressive au pavillon. Très bon contact avec un infirmier qui accepte de le recevoir un dimanche dans sa famille. Au travail, il extériorise un sentiment de reconnaissance vis - à - vis de cet infirmier, puis il parle volontier de sa vie chez ses parents, de sa vie militaire. Il s'entend par ailleurs très bien avec le moniteur. Celui-ci lui confie deux autres malades qui n'apportent pas toute leur attention sur la qualité du travail. M... les aide volontier et juge l'atmosphère de l'atelier assez favorable à son état. Poursuite du traitement insulinique jusqu'au 30 octobre.

Immédiatement changé de pavillon, il poursuit quotidiennement son travail à l'atelier. Lorsque nous lui proposons d'aller travailler à la sandalerie, il refuse tout d'abord car il ne veut pas faire de concurrence à son père. Au bout de quelques jours, ayant compris l'inexactitude de son jugement, il accepte. Son travail est excellent et, dès le deuxième jour, il conseille beaucoup de malades sur l'exécution de leur travail. Syntone, actif, aimant plaisanter, il crée une ambiance excellent dans cet atelier. Nous lui demandons d'organiser une conférence sur le Pays Basque pour un mardi soir. Il refuse de le faire seul, mais accepte de le faire avec deux de ses camarades. Il participe activement à l'organisation de cette conférence en commentant un film de vue fixe et en rapportant des anecdotes par lui observées. Puis, l'organisation d'un spectacle par le groupe art et théâtre le sollicite pour participer, en qualité d'acteur, chose qu'il avait toujours refusée de faire. Il accepte spontanément et participe même à la chorale. Son entrain et sa bonne camaraderie en font souvent un arbitre des conflits internes au pavillon. Il y mène une vie exemplaire, se disciplinant lui-même.

Au cours de nombreux entretiens, il fait part de la crainte qu'il éprouve à revenir dans sa famille et de sa peur d'une adaptation difficile. Après plusieurs entrevues avec la famille, sous la conduite du médecin, cette crainte s'estompe par la compréhension de la signification exacte de son hospitalisation.

OBSERVATION N° 7

Monsieur Pierre C.., 25 ans.

Adopté par un petit commerçant à 18 mois ; développement psycho-moteur normal. Aucun problème affectif avec ses parents adoptifs. Très bonnes études primaires et secondaires. Poursuit ses études à la faculté de P... en vue de l'obtention d'une licence d'enseignement d'italien, exerce en même temps les fonctions de maître d'internat durant deux ans. Au cours de ses études, fréquentation assidue d'une jeune étudiante du même village ; opposition des familles au sujet du mariage. Cette jeune fille se suicide ; gros choc affectif ; refuse de revenir dans sa famille durant six mois. Dès lors, il travaille avec moins d'intérêt et abandonne ses études pour occuper un poste de maître d'enseignement général dans un collège technique. Appelé au service militaire en 1954, envoyé en Tunisie, il souffre beaucoup de la chaleur ; nombreux conflits avec un capitaine. En mai 1955, se plaint de perte de la mémoire, d'nun désintérêt de son travail ; mis en observation, rapatrié pour état mélancolique atypique, évolution dissociative, autisme, bribes délirantes. A son entrée à l'hôpital, en octobre 1955, désintérêt de tout ce qui l'entoure, baisse de l'élan vital, disgression de la pensée, réponses à côté, barrages, discordance, éléments délirants et hallucinatoires.

Mis en traitement par comas insuliniques, très opposant ; au cours de ses 90 comas, faible amélioration ; il demeure seul de longs moments ; disparition des éléments délirants et hallucinatoires, mais conservation de l'autisme et de l'indifférence à l'ambiance. N'a jamais voulu, à quelques moments que ce fut, accepter, soit de travailler, soit de se distraire. Nombreuses sautes d'humeur, réclamation monotone et stéréotypée de sa sortie, méconnaissance de son état morbide avec entêtement et maussaderie. Refus conscient de la vie en collectivité. Lors de l'arrêt de la cure de Sakel, mis en traitement par la chlorpromazine ; même comportement, échec de toutes les tentatives d'essai de participation aux diverses activités qu'on lui propose. Devant ces refus réitérés quasi volontaires, le malade est confié au moniteur chargé de l'organisation des activités culturelles. Après quelques jours de semi-refus, au cours desquels ce moniteur est obligé de l'inciter

de nombreuses fois par jour à l'accompagner à ses diverses besognes, le malade accepte plus volontier cette compagnie. Il aide ce moniteur dans l'organisation de l'emploi du temps, le seconde dans toutes ses activités. Quelques jours après, devient plus ouvert, discute volontier avec cet infirmier ; le contact entre ces deux personnalités établi progressivement s'avère excellent. Ce moniteur, qui ne travaille que l'après-midi lui propose d'aller travailler le matin à l'atelier de reliure. Son travail est régulier dès le début, mais il est beaucoup plus intéressé par les divers travaux qui lui sont confiés. Il se familiarise ainsi avec tous les pavillons de l'hôpital. Vivant jusqu'à ce jour au pavillon infirmerie, il lui est possible de vivre en pavillon ouvert. On note une transformation complète de conduite. Très bien adapté au pavillon, au travail, devient plus syntone à l'ambiance ; son travail de reliure est fait avec goût, faisant preuve d'initiatives ; reprend la correspondance avec ses parents qui viennent alors le voir (ses parents habitent un département lointain). C... réclame toujours sa sortie avec insistance, mais accepte, en accord avec ses parents et le médecin, une poursuite plus prolongée du traitement. Excellent joueur de basket, il participe aux déplacements de l'équipe dans les divers établissements psychiatriques voisins. Quelques temps après, il demande à sortir seul de l'hôpital. Après un premier refus pour un motif valable temporairement, il renouvèle sa demande. Satisfaction lui est donnée. Il sort alors tous les jours de l'hôpital, après le repas du soir et le dimanche toute la journée. Au cours de ces sorties, il rend visite à divers infirmiers et chaque fois son comportement est des plus normal. Chaque sortie est pour lui l'occasion de s'épanouir. Après entente avec ses parents, il regagne seul le domicile paternel. Les nouvelles reçues nous font connaître sa bonne réadaptation et son désir de reprendre prochainement ses études.

OBSERVATION N° 8

Monsieur Jean G.., 34 ans.

Cécité due à une microphtalmie congénitale. Aucun antécédent pathologique familial ou personnel. Scolarité dans un institut pour aveugle. Sait lire et écrire le braille. Il apprend par la suite la chaiserie, excellent ouvrier, très apprécié. En dehors des heures de travail, vend des billets de la loterie nationale. Il reste pendant 13 ans au foyer pour aveugles du Phare, à Bordeaux.

En 1950, commence à boire, les gens lui offrant quotidiennement du vin dans les bars qu'il fréquente pour la vente de ses billets. En 1954, échec d'une cure de désintoxication, une deuxième hospitalisation, nouvel échec. Interné en décembre 1955, après s'être

réfugié à l'hôpital lors d'un épisode onirique terrifiant. Bouffée de confusion mentale. L'examen physique révèle des signes de polynévrite alcoolique. Dès son entrée à l'hôpital, conjointement au traitement de son alcoolisme chronique auquel on ajoute de la chlorpromazine, travail à l'atelier de raphia. Travaille sans goût, désintérêt complet, vit seul.

En janvier, manifeste des idées délirantes de persécution ; on empoisonne ses aliments, son internement à Cadillac est l'œuvre de personnages inconnus lui voulant du mal. Electronarcoses et chlorpromazine associés. Après quelques jours de repos, remis immédiatement au travail, d'abord dans le pavillon, puis à l'atelier de vannerie. Au bout de quelques jours, il se montre familier, adroit dans son travail, fait un tapis-brosse seul, meilleur contact avec ses camarades, émet le désir d'avoir à sa disposition un jeu de cartes spécial pour aveugles. Cet achat lui permet de jouer avec ses camarades au pavillon. Malade négligé au début, sa tenue s'améliore. Bon camarade au pavillon et à l'atelier, sa présence dans ces différents milieux apporte quelque chose de délicat. Ses rapports, tant avec les malades qu'avec le personnel, sont empreints d'affabilité et de courtoisie. Son comportement est normalisé. L'examen séméiologique révèle la disparition de tout élément hallucinatoire. La régression des troubles polynévritiques est lente. Sorti au mois de mars, a repris auprès de sa famille une vie normale.

Ces quelques observations qui n'ont pour objectif que de montrer dans quelques cas particuliers, l'interaction des activités proposées avec la personnalité des malades, nous permettent de constater le rôle des situations individuelles et des relations interpersonnelles à l'intérieur des groupes créés, la nécessité d'une approche individuelle du malade, la possibilité par les activités de groupe, associées à un traitement biologique, de transformer les conduites et certains syndromes psychiatriques. Nous remarquons chaque fois le rôle important joué par le personnel et la liberté accordée au malade dans le cadre de groupes sous la direction interventionniste d'un infirmier.

TROISIÈME PARTIE

Organisation de la vie collective

Si l'introduction des activités de groupe dans le cadre d'un service psychiatrique soulève de nombreux problèmes d'organisation, elle s'avère par contre une nécessité si on veut avoir la possibilité d'envisager de faire éclore une ambiance favorable à des fins psychothérapiques.

Nous étudierons plus particulièrement les éléments de cohésion apportés par l'organisation de la vie collective, et leur signification dans la perspective d'une modification des rapports sociaux.

1°) Essai d'analyse sociale ;

2°) Les éléments de cohésion ;

3°) Signification des éléments de cohésion dans la perspective des psychothérapies collectives ;

4°) Rapports sociaux intrahospitaliers et psychothérapie individuelle.

CHAPITRE I

ESSAI D'ANALYSE SOCIALE

L'analyse des locaux, de la population et de la vie sociale du service nous ont permis de mettre en évidence certains facteurs intervenant dans l'organisation de la vie collective. Il est indispensable d'analyser dans une perspective plus générale ces phénomènes sociaux.

Un service ne peut survivre et vivre quotidiennement que par l'intervention de divers facteurs lui permettant d'avoir un but, une raison d'être et d'assurer la continuité du groupe. Ainsi se trouve grossièrement définie la cohésion d'une organisation collective. Ce terme de cohésion retrouvé dans les divers travaux d'auteurs américains (K. Lewin, Moreno) et français (D. Lagache et J. Stœtzel) va nous permettre de mettre en relief les éléments les plus importants intervenant dans l'organisation sociale d'un service psychiatrique.

La cohésion est obtenue par la dualité des deux composantes de la population : le personnel et les malades. Le milieu hospitalier ne fait intervenir que de façon passive dans son organisation, le groupe humain auquel il est destiné. La masse des psychopathes étant l'élément assisté ne peut participer à l'assistance. Il en résulte donc un appareil administratif étranger aux malades. De cette possibilité découle le maintien

de l'autorité par cette minorité (20 % de la population globale), qui impose la discipline. La coopération au maintien de la cohésion n'est demandée qu'aux membres de l'appareil administratif. Les moyens mis en œuvre pour maintenir cette cohésion se traduisent en actes concrets dans la manière d'envisager les problèmes, par exemple dans la conception des locaux et dans les conduites du personnel. L'examen plus approfondi des locaux nous a permis de constater leur aspect carcéral conçu pour répondre à une utilisation où prédomine un souci de tout ce qui est collectif et de surveillance. Les conduites sont toutes empreintes de rigidité, manifestant l'intention de ne pas créer d'individualité, avec grande attention aux règlements et lois en vigueur et multiplication intérieure des démarches bureaucratiques. Les conduites du personnel sont empreintes de méfiance à l'égard du malade, non pas tellement par désir, mais par obligation de fournir pour chaque conduite une motivation dans le cadre du règlement. Les initiatives prises dans le cadre du service tiennent très peu compte des relations exactes personnel-malade pour ne considérer exclusivement l'infirmier que sous l'angle d'un instrument chargé de faire respecter une série de consignes. L'optique de responsabilité, de surveillance stricte (appelée observation) dans laquelle le personnel exerce son métier n'exige pas de celui-ci une information générale de la marche du service. Cela se traduit par le peu d'unité des conduites dans les divers pavillons et par l'indifférence de la part du personnel quant à la qualité des relations qu'il entretient avec les malades. Localement, nous pouvons adhérer à la remarque de G. Daumezon : « ... Nous assistons dans la plupart des hôpitaux psychiatriques à une véritable méconnaissance du métier d'infirmier psychiatrique. Ce qu'on demande en général à l'infirmier, c'est une surveillance exacte, la possibilité de rendre compte des faits et gestes d'un malade et la collaboration à certains actes thérapeutiques banaux ». L'infirmier est isolé dans son travail où personne ne tient compte de ses désirs personnels. Si le travail de surveillance

est accompli, ses suggestions au sujet de malades auxquels il s'intéresse ne sont pas prises en considération car elles exigent des mesures individuelles. Son travail est de faire régner l'ordre sans que l'on tienne compte de son individualité ni de celle des malades. Les motivations des notes de service n'apparaissent souvent que pour limiter ses initiatives. En somme participation impersonnelle à la marche du service, obéissance servile à des ordres dont le but vise essentiellement le maintien de l'ordre et l'éviction de tout élément risquant de rompre cette cohésion.

Dans cette conception de la vie collective organisée autour d'une soumission aux décisions qui ne prennent leur signification que dans le maintien de la vie collective dont les caractères sont spécifiques à un milieu psychiatrique ou pénitentiaire, la participation du malade est purement passive. L'internement est vécu avant tout comme une privation de liberté. Le peu de place que prennent dans la vie courante les manifestations individuelles non pathologiques, laissent apparaître des comportements psychotiques en partie surajoutés et créés par le milieu. La prépondérance de la vie collective sur les relations interpersonnelles se traduit, chez le malade, par un sentiment d'isolement et d'insécurité. Une sorte d'angoisse collective peut caractériser la vie intra-pavillonnaire qui nous paraît peu propice à l'adhésion du malade au traitement.

Une telle situation trouve son origine dans la notion de l'internement dont le corollaire immédiat fait d'un hôpital psychiatrique un milieu clos, aliéné du reste de la société, à laquelle il permet d'y déverser la plupart des inadaptations. Si la raison d'être d'un groupement humain tel que celui-ci est de recevoir des psychopathes, il y préside depuis déjà de nombreuses années un souci thérapeutique. La perspective de guérison ou d'amélioration du malade mental a son origine dans l'utilisation des méthodes de choc et des neuroplégiques. L'utilisation de ces derniers pose plus particulièrement l'indication d'une psychothérapie

dans de nombreux cas. Les conditions mises en évidence nous montrent qu'il est indispensable d'aménager la vie collective en ce sens. On s'aperçoit alors que bien plus que les rigueurs administratives d'un règlement, ce sont les habitudes et les consignes intrahospitalières qui dominent la vie de l'hôpital.

D'autre part, une psychothérapie individuelle est quasiment impossible avec 400 malades pour un seul médecin.

Plusieurs tentatives d'aménagement de la vie hospitalière ont été effectuées en France par Ey, Tosquelles, Bonnafé, Daumezon, Le Guillant, Sivadon, Ueberschlag, dans des perspectives de recherches fort différentes.

Une question préalable nous semble intéressante à poser. Comment échapper à l'emprise du milieu hospitalier et créer des conditions favorables en vue d'une psychothérapie ? Disloquer le milieu asilaire en détruisant cette super-structure hospitalière nous paraît une solution impensable devant le peu de sûreté de la solution proposée ; celle-ci ne pouvant aboutir qu'à une anarchie. Diriger les comportements et les conduites par un système de récompense et de punition ou tout autre système disciplinaire faisant appel à la responsabilité du malade nous paraît une solution qui, si sur le plan des comportements sociaux apporte quelques résultats, est aussi une solution assez impersonnelle et peu en accord avec un souci de psychothérapie, constituant en elle-même une méthode aliénante au même titre que la vie asilaire.

Bien meilleure nous apparaît la solution qui envisage une possibilité de psychothérapie en modifiant le contenu de la vie collective, afin de permettre l'atteinte de l'individu à travers celle-ci. Utiliser le groupe à cette fin nécessite la création de multiples activités qui doivent s'intégrer de façon harmonieuse et aussi opportune que possible dans une telle perspective. Rendant possible l'éclosion de conduites normales en réalisant des rapports sociaux plus riches, cette solution oblige à remettre en question les éléments qui ont été surajoutés à la vie hospitalière et qui dépassent souvent le but du législateur.

Il convient alors de substituer aux facteurs agissant dans la vie des malades d'autres éléments mieux adaptés et susceptibles d'apporter une cohésion par leur intermédiaire dans cette organisation de la vie collective.

CHAPITE II

LES ÉLÉMENTS DE COHÉSION

Les groupes formés à l'occasion des activités multiples ont permis d'intégrer la plupart des malades dans la vie du service. Permettant de concevoir et de réaliser une vie sociale plus riche et pouvant s'adapter aux diverses nécessités, favorisant l'existence de situations individuelles, ces activités et groupes qui n'ont rien de spécifique permettent l'éclosion d'éléments de cohésion dans les rapports sociaux intra-hospitaliers.

Les divers groupes de travail, les activités sociales et culturelles que nous avons examinés dans la deuxième partie de ce travail peuvent être, à ce titre, considérés comme générateurs de cohésion dans les rapports sociaux par leur existence et leur retentissement sur l'individu. Il ne s'agit pas de leur accorder une valeur en eux-mêmes, mais de chercher leur signification dans une perspective d'amélioration de la vie sociale du service et des malades.

Leur utilité peut être mise en évidence dans le retentissement de l'organisation de la vie collective, sur l'évolution de ses membres et sur le traitement des malades.

L'introduction du travail sous sa forme « d'ergothérapie », par la substitution au travail sous la forme asilaire, du tra-

vail sous la direction médicale, pose le problème de son utilisation thérapeutique. Le peu de certitude d'action thérapeutique des différents travaux proposés habituellement et l'efficacité de la thérapeutique occupationnelle toujours signalée lorsqu'elle a été utilisée, ne peut apporter de solution satisfaisante dans le cadre du problème posé. Si nous considérons le travail dans les expériences que nous rapportons, nous constatons que son rôle d'élément de cohésion est important par le nombre de malades qui y participent, sa place dans l'emploi du temps et l'amélioration des malades. L'observation des malades qui travaillent quotidiennement nous permet d'envisager l'action thérapeutique du travail par l'interférence de deux facteurs différents. La participation à un groupe et l'octroi d'avantages matériels en relation directe avec le travail. La participation à un groupe correspond à un phénomène général qui s'est développé dans l'ensemble du service. L'octroi d'avantages matériels paraît avoir joué un rôle sur chaque malade pour l'acceptation du travail dans ce milieu hospitalier. La reconnaissance du travail par la collectivité comme valeur sociale, par l'augmentation du pécule, de la ration mensuelle de tabac, l'amélioration du menu de chaque soir, est loin d'être un facteur négligeable. Ces avantages ont été une puissante motivation pour l'incitation au travail. La recherche, à chaque occasion, de la participation active du malade au choix du travail, les possibilités de changement offertes lors de chaque échec, l'approche individuelle du malade par le moniteur, entraînent une forte participation affective aux travaux entrepris. Une autre caractéristique du début du travail d'ergothérapie fut l'utilisation immédiate du travail fourni par les malades à l'amélioration des locaux d'hospitalisation. Si nous voulons, par ailleurs, considérer le travail comme conduite psychologique, ces conditions semblent se rapprocher des conditions normales du travail. I Meyerson considérant le travail comme conduite psychologique écrit : « Nous sommes amenés à considérer l'homme total et à envisager le travail non seulement comme une technique, mais

comme une conduite et à en rechercher les composantes et les couches de signification. Il est à la fois une activité forcée, une action organisée et continue, un effort producteur, une activité créatrice d'objets et de valeurs ayant une unité dans un groupe, une conduite dont le motif peut être personnel, gain, ambition, plaisir, devoir, mais dont les faits concernent les autres hommes. Tout cela est diversement dosé et coloré selon les circonstances. Il n'y a pas eu un travail et une morale et une psychologie du travail, mais une histoire où chaque moment a eu sa propre complexité psychologique. Lorsque cette histoire sera mieux connue, peut-être ce travail nous apparaîtra-t-il comme une fonction psychologique qui se forme à un moment et se transforme diversement ensuite » (Le travail et les techniques).

Le travail nous semble alors envisagé dans son ensemble, nous pouvons le considérer comme occupation essentielle ayant amené des transformations dans la vie collective, en entraînant un élan de la collectivité et une sécurité du malade. Cet aspect n'a rien de définitif, mais semble correspondre à une période précise dans l'intégration du travail dans le milieu asilaire.

Les activités sociales et culturelles sous toutes leurs formes (presse, cinéma, théâtre, club culturel, réunions d'ensemble), ont offert une possibilité de vie sociale plus riche. Les groupes qui participent à ces activités sont plus labiles, moins permanents que ceux du travail. Ces activités n'ont de raison d'être que dans une société vivante où les conflits internes sont mineurs. Leur existence est, par contre, l'occasion d'éviter les heurts qui existent dans une société close et statique. Elles permettent la résolution de ces conflits par la vie active qu'elles procurent et par la fuite individuelle hors de la collectivité trop astreignante. D'autre part, leur existence donne un autre caractère à la communauté. Elles traduisent l'évolution du milieu et elles projettent ce milieu humain hors de l'univers asilaire et jettent un pont entre le monde extérieur et le monde aliéné. La participation d'infirmiers

des pavillons à ces diverses activités leur permet de nouer des relations avec les malades qui ne sont plus celles d'infirmiers à malades, mais d'hommes entre eux. A ce titre, ces activités sont créatrices de relations inter-personnelles de meilleure qualité et permettent la reconnaissance de l'individualité à l'intérieur de chacune d'elles.

Travail et activités sociales et culturelles, activités de groupe, par la force des choses, enrichissent le contexte social de l'hôpital et constituent des centres d'intérêt. Nous pouvons les considérer comme éléments de cohésion importants en vue d'un objectif thérapeutique. Au-delà des centres d'intérêt, toute une gamme de modifications dans la vie intra-hospitalière, conséquences directes du travail et des diverses activités, jouent également comme éléments de cohésion. La possibilité de vivre dans un pavillon ouvert, de sortir en promenade, en excursion, de se réunir, la vue de mobilier neuf, la réalisation d'un foyer de malades, les peintures des pavillons de couleurs variées, quelques fois violentes, représentent autant d'éléments ayant participé à la création d'une ambiance de meilleure qualité et peuvent être considérés comme autant d'éléments de cohésion dans les rapports sociaux.

Ces activités et modifications ont une signification particulière, non pas en elles-mêmes, mais par leur opportunité dans la vie du service. Abattre un mur, combler un saut de loup, remplacer des petites fenêtres par de larges baies vitrées, sont autant d'actes qui possèdent une signification particulière dans le cadre du service. Rompant la monotonie des lieux depuis longtemps établie, supprimant une série de démarches administratives ayant entravé de semblables entreprises, ils permettent à tous les membres du service d'envisager une évolution du but que se propose l'établissement. Chacune de ces modifications n'a de signification que si nous considérons l'ensemble du service et la vie de sa population. La transformation des locaux et des conduites est en étroite relation avec les activités en cours.

La création d'une nouvelle condition de réaction collective est la première modification que l'on peut constater. Ces nouvelles réactions collectives furent obtenues par les transformations progressives rapides qui sont passées dans la réalité de la vie du service. Les transformations matérielles des locaux, l'amélioration de la vie des hospitalisés, l'humanisation des conduites, l'enrichissement socio-culturel ont été le point de départ des transformations plus profondes dont les premières manifestations se situent sur un plan psychologique. Il nous a été possible de constater un enthousiasme, forme mineure peut-être du travail collectif, mais à laquelle ont participé tous les membres de la collectivité. Cet enthousiasme qui a entraîné une modification des attitudes du personnel, une recherche de position, de compréhension du travail accompli, la modification des conduites des malades, doit être considérée comme un courant psychologique dont la première manifestation fut précisément cet enthousiasme. Cet enthousiasme, loin d'être accepté comme tel, facteur passager éphémère, peut caractériser le contenu de la vie collective à un moment déterminé. L'origine d'un tel courant psychologique se trouve dans l'assouvissement de besoins et d'aspirations. Les malades se sont trouvés directement intéressés par l'éclosion de telles activités dans laquelle une part importante leur était réservée. Les ateliers de travail ont été pour eux l'occasion de sortir de leurs pavillons clos, d'approcher directement au cours d'une tâche commune un infirmier qui, dans le travail, a les mêmes préoccupations. Les rapports entre les malades d'un même atelier se sont enrichis d'un souci commun. Ils ont ressenti la part importante d'aide qu'ils apportaient à l'équipe médicale dans l'organisation du service, participation d'autant plus active qu'un souci grandissant du malade et de sa condition d'hospitalisation prenait naissance parmi les membres du personnel. En somme satisfaction de pouvoir se faire entendre, comprendre et aider par l'intermédiaire de cette vie collective. Le personnel sent son rôle grandir, prendre de l'importance, il a le sen-

timent d'un travail plus noble et moins routinier et d'une participation active. Il prend goût à prendre des initiatives et à s'occuper plus particulièrement des malades. Cela est rendu possible par la mobilité que l'on peut accorder aux malades dans les divers groupes qui se sont formés. Le personnel a également le sentiment de se former individuellement à l'occasion de chacune des activités et de découvrir une possibilité de culture dans le cadre du travail quotidien. On connaît la formation actuelle du personnel des hôpitaux psychiatriques ; or, au cours des expériences que nous rapportons, plus de 65 % des infirmiers se sont intéressés activement aux « nouvelles méthodes » comme ils les appellent entre eux.

Tous ces faits précis existants dans le service sont autant d'éléments qui assurent à la vie collective une cohésion assez grande pour permettre le passage d'un type d'organisation collective close à une vie collective riche en éléments favorisant une approche individuelle de chaque malade. Ces éléments modifiant la structure asilaire par leur action sur le milieu et les conduites des membres de cette collectivité, provoquent ainsi l'évolution du service et permettent d'envisager encore de nombreux aménagements de la vie sociale en vue d'un psychothérapie.

CHAPITRE III

Signification des Éléments de cohésion dans la perspective des psychothérapies collectives

Le passage d'une organisation collective de qualité asilaire maintenant sa cohésion par une série de mesures à caractère impersonnel et en n'ayant que le souci du bon fonctionne-

ment collectif, à une vie intra-hospitalière permettant de satisfaire les besoins et les aspirations de ses membres, s'est effectué en utilisant divers éléments que nous appelons éléments de cohésion, en considérant le rôle qu'ils ont joué dans la transformation et l'évolution de la vie collective. Ils ont permis de passer d'une cohésion close à une cohésion plus libérale permettant au malade de s'exprimer, en réclamant de celui-ci une participation active aux activités intra-hospitalières. Cette possibilité est en étroite relation avec l'utilisation des petits groupes. Depuis longtemps, l'attention a été attirée sur l'utilisation des petits groupes en psychothérapie, mais ses recherches ont eu pour champ d'expérience les groupes formés à l'occasion de « classes, discussions, psychodrames, sociodrames » dont March, Pratt, Moreno, furent les promoteurs. L'utilisation du groupe dans le cadre d'un remaniement d'un groupe global humain tel que l'hôpital psychiatrique a été l'objet d'études dont les conclusions sont difficilement transposables d'un milieu à un autre, ce qui limite leur utilisation.

Nous pouvons adopter pour le groupe une définition inspirée de G. Gurvitch : « unité collective visant une œuvre commune, s'exprimant par des attitudes et des comportements communs ». C'est également cette définition que donne S. Lebovici pour les groupes d'enfants : « plusieurs individus qui se réunissent en fonction d'une activité ». Parmi ces groupes, il est d'usage de différencier les groupes restreints (familles, sectes, etc.) des groupes étendus et de la société globale.

D. Lagache propose la distinction entre groupes psychologiques et organisation sociale. « Le groupe psychologique désigne un ensemble d'individus où chacun est en relation directe et explicite avec tous les autres. C'est donc un groupement restreint de durée relativement passagère et de caractère concret. Par exemple, une famille particulière, une équipe de travail. Les organisations sociales sont plus abstraites, plus durables. C'est le parti, le syndicat ». L'utilisation par Moreno d'un test

sociométrique amena celui-ci à distinguer les sociogroupes et les psychogroupes. Le sociogroupe est le résultat de critères fonctionnels. Il est formé en fonction du but proposé et de l'activité de chaque membre. Par opposition, les affinités personnelles président à l'élaboration du psychegroupe. Entre les psychegroupes et les sociogroupes relatifs à une même collectivité, Jennings mit en évidence les différences des structures décisives et fondamentales. Les sociogroupes englobent davantage d'individus que les psychegroupes, ce sont des unités groupales plus vastes. Les psychegroupes, s'ils rassemblent beaucoup moins d'éléments individuels et s'ils donnent une structure associative plus fruste, sont caractérisés par contre par une plus grande fréquence de réciprocité (amitié, camaraderie). Il existe dans le sociogroupe une volonté collective d'aboutissement et d'évolution qui le caractérise. Ces éléments peuvent être remplacés ou relevés par des substituts de valeur fonctionnelle équivalente.

L'étude interne du groupe et de son fonctionnement retient l'attention des auteurs. « La cohésion est mesurée par la force et la tendance qui pousse le plus posisble de sous-groupes ou de membres individuels à coopérer, à conjuguer leurs efforts au profit du but commun qui est la raison d'être du groupe » (Moreno). A cet égard, la structure des groupes doit être examinée sous plusieurs points ; leur dimension, leur hiérarchie interne, les sous-groupes qui constituent des relations essentielles avec d'autres groupes (Maisonneuve). Il est intéressant (Gurvitch) de différencier les groupes selon leurs fonctions (éducatives, groupe économique, affinités éducatives, culturelles), leur mode de formation (de fait, volontaires, imposés), leurs modes d'accès (ouverts ou clos). Lebovici souligne la corrélation entre certaines qualités du groupe et son mode de fonctionnement et la différence qu'il y a entre sa situation organique et sa situation fonctionnelle.

Les recherches de la dynamique du groupe s'attachent essentiellement à l'étude des situations globales et des climats collectifs. Dans l'étude de l'apparition des normes groupales,

c'est-à-dire d'une certaine uniformité dans les opinions et les conduites, il ressort que celle-ci est liée directement à la densité des communications. Les facteurs de cohésion sont l'attrait que le groupe exerce sur ses membres et la valeur qu'il revêt à leurs yeux et aussi les domaines d'activité qui leur apparaissent relever du groupe (Maisonneuve). Dans un autre ordre d'idées, H. Simon puis Daumezon, ont successivement attiré l'attention sur l'importance qu'il y avait à appréhender un pavillon hospitalier « comme un tout », mais le mérite d'une recherche sur l'action thérapeutique des groupes en psychiatrie revient à deux psychiatres anglais, W.-L. Bion et J. Rickman. Dans un article publié dans la revue *The Lancet*, en 1943, ils signalent dans le cadre de leur travail, l'importance d'un but commun à atteindre, la participation de tous à la réalisation de ce but et la liberté des sous-groupes internes reconnus comme valeur de référence collective. Ils signalent en outre les bienfaits que retire chaque membre individuel de pouvoir jouir d'une entière liberté de mouvement à l'intérieur de ces sous-groupes « cette liberté étant seulement limitée par les conditions généralement acceptées, imaginées et imposées par le groupe ».

Ces travaux sur les groupes et leur dynamique nous permettent de mieux comprendre l'action des groupes que nous avons pu observer. Les groupes de travail constituent des groupes plus ou moins fixes à forte cohésion sous l'impulsion d'un moniteur. Leur solidité est assurée par les fonctions indispensables qu'ils assurent dans la collectivité. Leur qualité psychologique vient de leur utilisation à des fins de transformation du milieu ambiant et de l'amélioration des malades. Leur fonctionnement sous la responsabilité d'un infirmier qui, dans la marche du groupe, assure le maintien de celui-ci sans avoir pour cela le monopole des décisions, permet à chacun des membres de participer à la vie de groupe. Chaque groupe est en interdépendance avec les besoins du service et peut absorber tous les membres qui en éprouvent le besoin. A l'intérieur d'un atelier, l'absence de souci d'un

rendement permet l'adhésion à son fonctionnement d'un nombre non défini de malades. La fonctionnalité des groupes de travail est assurée sur deux plans ; un plan collectif et un plan individuel, but précis s'accordant parfaitement avec un souci de guérison de chacun de ses membres, tout en participant à l'évolution d'un groupe plus vaste constitué par l'ensemble du service.

Le malade va ainsi trouver un élément qui lui fait défaut dans une autre structure de la collectivité : la liberté. Sensation permanente de liberté à l'intérieur du groupe qui possède lui-même une discipline. La participation du personnel à ces activités sans exercer en leur sein une fonction autoritaire, nous permet de comparer cette situation aux situations créées par Lewin au cours d'expériences sur des groupes d'enfants réunis pour des loisirs éducatifs. Les éducateurs qui s'en sont occupés ont pris successivement des attitudes bien déterminées. La première était l'attitude autoritaire, la deuxième une attitude anarchique, la troisième une attitude que les américains définissent en l'appelant démocratique. L'attitude vis-à-vis du malade, des groupes formés dans un cadre asilaire peut s'assimiler à une attitude autoritaire ou anarchique. Dans l'une et l'autre de ces formes, nous avons vu qu'il est difficilement réalisable d'y faire pénétrer l'idée d'intérêt personnel du malade. Le fonctionnement des divers groupes examinés nous permet de les assimiler à une texture démocratique à base de coopération entre l'équipe médicale, le personnel et les malades. Seulement, concevoir le groupe comme unité psychologique dans une collectivité de psychopathes, nécessite la direction du groupe par un membre du personnel susceptible d'une formation individuelle en vue de l'utilisation adaptée du groupe dont il a la responsabilité. Ces groupes formés doivent permettre au malade une intégration aussi complète que possible dans leurs activités, mais à l'intérieur desquelles ils conservent suffisamment d'autonomie pour lier une série de relations interpersonnelles et, au besoin, refuser tel ou tel groupe. Les rapports des malades et du personnel

s'établissent ainsi dans un cadre où toutes les activités ont conservé un aspect normal. Ces relations interhumaines pour assurer la vie d'une collectivité ont un but qui se situe au-delà d'une surveillance étroite, et les activités de ces groupes permettent au malade d'œuvrer et de se conduire dans des situations le plus proche possible de celles en usage dans une société normale. Les phénomènes de cohésion à l'intérieur des petits groupes sont en étroite liaison avec la qualité des relations interhumaines en leur sein. Ce qui permet d'espérer une action individuelle et psychothérapique sur chacun des malades.

Le groupe constitué ne peut être une fin en soi. Il est indispensable qu'il soit mobile et doit obéir à l'intérêt des malades qui le composent. Or, la cohésion des petits groupes étant le résultat de leur parfaite insertion dans une entreprise collective, il nous semble que par l'intermédiaire de la vie collective, une atteinte individuelle du malade est réalisable.

Le groupe est une nécessité pour modifier la structure hospitalière et c'est l'unique manière d'envisager, devant le manque de personnel et les services surchargés, une approche particulière de chacun des individus composant la collectivité. Or, ces groupes doivent répondre à un but bien défini pour être utiles au maximum à l'ambiance collective et, par là, aux malades les composant. L'action des groupes sur les individus nous semble liée à la fonctionnalité du groupe au sein de l'organisation de la vie collective. La possibilité d'éclosion de meilleures relations inter-individuelles permet simultanément une adaptation progressive des conduites et une amélioration des conditions de réaction du malade dans le groupe formé. Ces conduites cheminant vers la normalité rendent possible une psychothérapie individuelle dont les résultats seront recherchés dans les activités et les conduites du malade.

Ces éléments permettent de passer d'une cohésion close et passive à une vie collective où la participation maximum

est demandée à chacun, autorisant une ouverture assez large du milieu hospitalier sur l'extérieur. Ils participent à l'évolution d'une assistance psychiatrique dont le but précis est la réintégration du malade dans la société.

CHAPITRE IV

Rapports sociaux intra-hospitaliers et psychothérapie individuelle

---

Les malades placés dans les groupes formés se trouvent en face de plusieurs possibilités d'expression. Les nombreuses relations qui se nouent dans un tel cadre obligent à un maximum de normalité. Selon Lagache et Lebovici, un groupe d'individus psychopathisés se distingue d'un groupe d'individus sains par une agglomération accentuée fondée sur un sentiment de faiblesse, mais aussi par une séparation du groupe fondé sur l'aveu de guérison. Cette séparation du groupe n'est que la manifestation de l'individualité au sein d'un groupe de malades. L'interaction du groupe et de l'individualité doit posséder une action thérapeutique propre. J. Stoetzel, dans son cours : « Essai d'une théorie psychosiociale de la personnalité », souligne l'importance de la conscience de soi dans ces interactions. A l'anonymat dans l'ensemble du service, doit pouvoir se substituer une issue personnelle dont l'aboutissement reconnu par tous est la guérison et le reclassement dans la vie sociale normale. La conscience de soi n'est pas un donné mais se construit progressivement (Janet, Wallon, Brunschvigg). L'éclosion de la conscience de soi, perturbée chez les psychopathes, ne peut se faire que lorsqu'il existe des conditions aussi favorables

que possible. Les nombreux contacts à l'occasion d'activités diverses dans les groupes entraînent une reconnaissance individuelle du malade qui prend une signification dans l'existence de la société hospitalière. La possession d'objets personnels, le rôle de la vêture, interviennent dans l'éclosion d'une telle reconnaissance. Il faut attacher une grosse importance à ces faits reconnus psychologiquement irréfutables. Le vêtement implique un rôle, même celui « d'aliéné », il est contraignant. Les malades qui ont eu à leur disposition des vêtements de travail ont eu, en l'espace de quelque jours, un comportement modifié. La possibilité de pouvoir disposer d'objets personnels s'est révélée avoir une grande valeur psychothérapique. Dès phénomènes collectifs tels que les sorties, excursions, agissent également sur les comportements, non seulement par le plaisir qu'ils procurent, mais aussi par l'acquisition temporaire d'une situation sociale différente de la vie quotidienne, avec une sorte de renversement des rôles. Les différentes possibilités que rencontre le malade dans son environnement permettent « l'estime de soi », essentiellement déterminée par le niveau d'aspiration et par le sentiment de valeur personnelle, ou d'infériorité, ou de culpabilité. Dans l'observation 2, le malade ressent avec amertume son incapacité à fournir un travail bien fini et a le sentiment d'usurper sa place. Il est indispensable alors d'intervenir pour lui faire comprendre la portée individuelle du travail qu'il peut accomplir. Dans l'observation 3, le malade médico-légal qui croit purger une peine, n'accomplit sa besogne quotidienne que comme un pis-aller, pour s'évader du milieu habituel. Le malade de l'observation 1 ne participe aux activités que si elles répondent à son niveau d'aspiration qui se déplace en fonction des divers lieux de travail qu'il fréquente. Le niveau d'aspiration individuelle du malade de l'observation 8 est élevé par la forte estime de soi qui, à travers ses échecs et ses troubles reste toujours perçue ; il n'admet son hospitalisation que s'il participe à l'organisation de l'hospitalisation de ses camarades. Dans l'observation 6, nous constatons une

mésestime de la personnalité qu'il est possible de faire régresser par un contact encourageant de son moniteur et la possibilité de marcher après appareillage. Simultanément, son travail lui fournit l'occasion de liquider son complexe d'infériorité dû à un long passé asilaire. Ce sentiment d'infériorité est retrouvé chez de nombreux malades ; après une période d'opposition avec manifestations verbales et sociales, apparaît une passivité déroutante en partie due à l'acceptation de l'internement comme condition sociale inférieure. Par contre, admettre d'être soigné, de pouvoir guérir et de repartir est un objectif accepté par la plupart des malades avec une participation affective importante à exploiter ; car c'est dans l'inertie de l'internement que prend naissance un sentiment d'infériorité que la vie quotidienne de l'hôpital ne fait que confirmer. La réussite dans le travail, les satisfactions matérielles qu'il procure, les améliorations des conditions de vie, les interventions du personnel en face de chaque échec, la possibilité d'accéder à des activités normales, sont autant d'actes qui, sous un certain angle, apparaissent indépendants de la psychose pour laquelle le malade est interné.

Les phénomènes d'identification que font intervenir de nombreux auteurs semblent jouer un certain rôle dans la vie quotidienne. Les conditions de travail offertes au personnel individualisent les rapports. Des liens entre malades et moniteurs s'établissent rapidement par des mécanismes chaque fois différents. A l'atelier de vannerie-raphia, cette sorte d'identification s'effectue à travers le moniteur qui perfectionne quotidiennement son travail, il y a un parallélisme entre les progrès du travail de l'atelier et l'amélioration des malades. A l'atelier de sandalerie, c'est bien davantage la personnalité du moniteur qui intervient, *leader* du groupe au sens que donnent à ce mot les psychothérapies de groupe, il joue un rôle important dans les progrès individuels. Mais dans un groupe-atelier, il y a interférence entre l'identification à une individualité et l'identification au groupe que nous pouvons déceler dans les travaux quotidiens. Ce phénomène à plu-

sieurs modalités d'expression : attachement particulier au travail, à la production, à la réussite de l'entreprise commune, transposition de la façon de penser, de vivre, à l'atelier, dans la vie du pavillon, la liberté laissée dans le travail est une éducation de la liberté accordée dans le pavillon.

Les groupes dans lesquels vit le malade constituent pour lui une certaine échelle de valeur. En fréquentant plusieurs groupes, le malade se définit plus particulièrement par son appartenance à l'un d'entre eux où il lui est possible, par l'atmosphère qui y règne, de donner libre cours à sa vie personnelle. Au-delà de ce groupe d'appartenance, qui est très souvent le groupe de travail, interviennent d'autres groupes qui mesurent en quelque sorte la progression sociale de l'individualité. Les pavillons fonctionnant en « open door » apparaissent jouer ce rôle catalyseur des conduites sociales. Pouvoir s'inclure librement dans les divers groupes contribue à définir à chaque individualité un certain nombre de caractéristiques que certains peuvent appeler rôles et statuts individuels. Sans accorder une trop grande valeur à ces notions de rôles et de statuts, nous pouvons constater que dans les activités de groupe, le malade se trouve chaque fois dans une série de situations où sa participation ne se limite pas à une action commune stréotypée du groupe, mais à une participation individuelle, à une activité définie du groupe, qui, à chaque manifestation, se recrée par une somme d'individualités. Cet aspect faisant une grande place à l'individualité dans la formation du groupe s'oppose à la constitution de groupes bien déterminés.

En participant à plusieurs activités de son choix, la condition psychosociale du malade s'enrichit. C'est alors un cadre de références auquel la conscience de soi peut se reporter à l'occasion de chaque acte et qui oblige le malade à une certaine unité de sa personnalité définissant ses conduites. A l'intérieur du service, la condition du malade a évolué ; à la condition d'internés a fait place une condition supérieure, celle de pensionnaires. Cette évolution a une valeur positive

mais se trouve limitée par la notion extérieure à l'hôpital, du « fou ». Toutes ces situations individuelles créées dans les divers groupes favorisent une prise de conscience dont l'importance pour l'action d'une psychothérapie individuelle est loin d'être négligeable. Cette conscience de soi découverte et exprimée dans les activités de groupe est, à notre avis, l'apport majeur des psychothérapies collectives et sociales. Il convient de faire ici une différence entre les psychothérapies de groupe telles que les utilisent les américains en particulier et les activités de groupe dont nous parlons. Celles-ci ne visent essentiellement, dans un but immédiat, qu'à modifier le milieu dans lequel vit le malade. Occasionnellement, des modifications de conduite, de comportement, des transformations dans les manifestations psychotiques des malades ont été notées, en parties dues à l'état de collectivité arriérée qui caractérise l'hôpital psychiatrique. Ces améliorations constatées avec de tels moyens, nous permettent de considérer les éléments introduits comme ayant un retentissement important sur la personnalité. Elles nous permettent également d'envisager la personnalité psychosociale comme « organisation dynamique à l'intérieur d'un individu des systèmes psychophysiques qui déterminent son adaptation originale à son milieu » suivant la définition donnée par Allport.

L'adaptation de la personnalité des malades à la vie intra-hospitalière pose les problème du reclassement ultérieur du malade dans la société. Plus le milieu hospitalier sera semblable au milieu social, plus l'adaptation nouvelle sera facile.

Conclusions

Dans ce travail, nous nous sommes proposé l'étude des éléments de cohésion dans les rapports sociaux intra-hospitaliers et, plus particulièrement, leur relation avec une possibilité de psychothérapie.

Cette étude a été divisée en trois parties :

1°) De l'Asile au « Service Psychiatrique ».

2°) Les activités de groupe et observations des malades.

3°) L'organisation de la vie collective. Rôle des éléments de cohésion et essai d'explication d'une psychothérapie dans les rapports sociaux.

DANS LA PREMIERE PARTIE

1. — Nous avons étudié l'hôpital, les malades qu'il reçoit, le personnel employé, puis, en analysant les phénomènes de relation, les formes de la vie sociale.

2. — Cette analyse nous a amené à dégager la prédominance du souci collectif sur les préoccupations individuelles, le peu d'attention apportée aux conditions matérielles et morales de l'hospitalisation et à la condition de travail de l'infirmier.

3. — Dans cette conception de l'hôpital psychiatrique, le malade interné subit une aliénation supplémentaire en étant

privé de toute possibilité d'expression. Cet état de fait est peu propice à une ambiance psychothérapique. En exigeant une soumission passive dans une société fortement structurée, une telle situation a des retentissements néfastes sur les conduites et les comportements et ne permet pas l'éclosion de relations interpersonnelles.

4. — La nécessité d'une approche psychothérapique du malade exige un aménagement de la vie collective susceptible de faire naître une vie sociale dans laquelle l'individualité aura une place plus grande.

5. — Nous rapportons ensuite sommairement les activités de groupe introduites dans un service d'asile.

DANS LA DEUXIEME PARTIE

1. — L'analyse des activités de groupe introduites dans le service en envisageant chaque fois leur rôle exact dans l'organisation de la vie collective nous montre :

a) Leur rôle important dans l'évolution de la collectivité par les changements apportés dans la conception de l'hospitalisation du malade.

b) La nécessité d'une progression simultanée entre les activités proposées et le niveau de vie des malades.

c) Le rôle primordial du personnel montrent l'évolution parallèle du personnel, des activités et des malades, soulignant bien ainsi leur inter-action étroite dans l'hôpital psychiatrique.

2. — Dans les huit observations rapportées, la progression des conduites du malade en fonction des inter-actions individu-groupe et des relations interpersonnelles montre :

a) Le rôle important d'une situation individuelle adaptée aux réactions du malade.

b) L'importance qu'il faut accorder aux relations interpersonnelles au sein des divers groupes.

c) La nécessité d'intervenir par des entretiens individuels pour normaliser les conduites et supprimer certains symptômes surajoutés.

d) La valeur de la liberté laissée au malade dans le cadre du groupe.

e) L'influence de l'ouverture du milieu sur la société extérieure.

DANS LA TROISIEME PARTIE

1. — L'analyse sociale dans une perspective plus générale nous montre :

a) Que l'organisation de la vie collective asilaire est conçue comme dualité entre personnel et malades.

b) Que cette dualité est l'élément essentiel de la cohésion du milieu hospitalier.

c) Que la cohésion ainsi obtenue entrave toute coopération psychothérapique.

d) Que cette situation a son origine d'une part dans la notion d'internement et d'autre part dans une multitude de mesures intérieures artificielles et surajoutées dépassant les propositions législatives.

e) La nécessité de remettre en question toutes ces mesures surajoutées si l'on envisage de faire naître des rapports sociaux plus riches au sein de l'hôpital psychiatrique.

2. — Les activités de groupe introduites nous montrent la possibilité de modifier le milieu asilaire par une action sur les structures existantes :

a) par la création du travail d'ergothérapie et son utilisation immédiate à des fins d'amélioration des conditions de vie des hospitalisés.

b) par l'enrichissement social et culturel du service à l'aide

d'activités de groupe conservant le plus possible le caractère d'activités normales.

c) Travail et activités socio-culturelles constituant en eux-mêmes et par leur retentissement, des éléments de cohésion dans les rapports sociaux par l'importance de la modification apportée à un moment déterminé sur le contenu psycho-social de la vie collective.

3. — Ces éléments de cohésion n'ont de signification que si nous les envisageons dans une perspective d'utilisation psychothérapique. Ils agissent :

a) Par l'intermédiaire des petits groupes à participation de type démocratique, sous la direction d'un infirmier.

b) Par la création de situations individuelles au sein de chaque groupe.

c) Par l'évolution constante des conduites du personnel qui assume ses responsabilités avec enthousiasme.

d) Par la mise en évidence d'un courant psychologique favorable à l'éclosion d'une vie plus libérale au sein d'un service hospitalier.

e) En permettant la transformation de la cohésion close de l'hôpital psychiatrique en une organisation collective avec une large ouverture sur le milieu extérieur, posant ainsi le problème du reclassement ultérieur du malade hospitalisé.

4. — Dans un dernier chapitre, nous essayons d'intégrer ces rapports sociaux hospitaliers dans le cadre d'une psychothérapie individuelle. Ces éléments de cohésion interviennent dans le développement de la conscience de soi. Cette conscience de soi étant à notre avis l'apport majeur des psychotérapies collectives et sociales à une psychothérapie individuelle.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :

Bordeaux, le 6 Décembre 1956.

Pour le Doyen, l'Assesseur :

TAYEAU.

VU, BON A IMPRIMER.

Le Président,

DERVILLÉE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 7 Décembre 1956.

Le Recteur,

E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

BALIER. — Principes élémentaires pour la réadaptation des malades mentaux par le travail.
Thèse Paris, 1954.

BALVET (P.). — Asile et hôpital psychiatrique.
Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes. Montpellier, 1942.

BALVET (P.). — A propos des réunions d'équipe et pour prendre position.
Information psychiatrique, 1949, **8**, 270-274.

BARAONA (F.). — La thérapeutique occupationnelle en psychiâtrie.
Hermann, édit., Paris, 1954.

BARUK (H.). — Des facteurs moraux en psychiatrie. La personnalité des aliénés.
Evolution Psychiatrique, **2**, 1939.

BARUK (H.). — La psychiatrie sociale.
Collection « Que sais-je ? », n° 669.

BELEY. — Le Comité technique de quartier.
Information psychiatrique, 1949, **6**, 217-219.

BELEY. — Naissance de l'ergothérapie à l'hôpital psychiatrique Montperrin d'Aix-en-Provence.
Information Psychiatrique, 1954, **6**, 205-210.

BELEY. — A propos de l'hygiène mentale.
Information Psychiatrique, 1947, **1**, 7-14.

BERGERON (M.). — Psychologie des conduites.
Evolution Psychiatrique, 1950, **3**, 419-436.

BERNARD (P.). — Une expérience de psychothérapie collective à l'hôpital psychiatrique. Le cercle des malades.

Annales Médico-Psychologiques, 1947, **1**, 196-203.

BERNARD (P.). — Les psychothérapies de groupe.

Evolution Psychiatrique, 1948, **3**, 1-21.

BERNARD (P.) et BONNAFE (L.). — La rénovation médico-sociale en psychiatrie.

Presse Médicale, 27 avril 1946, **54**, 277-278.

BIERER (J.). — Clubs sociaux thérapeutiques.

Publication de l'Institut de Psychiatrie Sociale. Londres, 1938. Analyse de L. Marchand. Annales Médico-Psychologiques, 1950, **2**, 707.

BION (W.-R.) et RICKMAN. — Thérapeutique de groupe.

Information Psychiatrique, 1948, **5**, 127-135.

BONFIGLIO. — Importance de l'ergothérapie pour la guérison des maladies mentales.

Annales Médico-Psychologiques, 1938, **2**, 645-650.

BONNAFE (L.). — L'hôpital psychiatrique, ce qu'il est, ce qu'il doit devenir.

Pages Sociales, 1947, **2**.

BONNAFE (L.), CHAURAND (A.) et TOSQUELLES (F.). — Quelques précisions théoriques et pratiques sur le travail des malades. Valeur thérapeutique de la qualité, du rendement, de la rémunération.

Ann. Méd. Psych., 1947, **1**, 209.

BONNAFE (L.). — Sur les réunions du personnel.

Information Psychiatrique, 1949, **8**, 275-279.

BONNAFE (L.). — Le personnage du psychiatre.

Evolution Psychiatrique, 1948, **3**, 23-51.

BROUSSOLLE (P.), NACHIN (C.) et JACOMIN (M.-T.). — Un an de défrichage social dans un service fermé d'hôpital psychiatrique.

J. Médec. Lyon, 1955, **36**, 703-707.

CHANES et VIE. — Critiques psychothérapiques des conditions actuelles d'hospitalisation des aliénés.

Ann. Méd. Psych., 1944, **2**.

CHATAGNON (C.) et CHATAGNON (P.). — La thérapeutique occupationnelle.

Ann. Médic. Psych., **1**, 361-369.

CHAURAND (A.). — Introduction à la psychologie de groupe. Vers l'éducation nouvelle, 1950, n° 39.

CONICLIARO (V.) et PELZMAN (O.). — Les services psychothérapiques de groupe dans un hôpital psychiatrique américain.

Il Cervello, **6**, 1954, 459-484.

CONIGLIARO (V.) et PELZMAN (O.). La psychothérapie de groupe.

Il Cervello, 1954, **5**, 361-389.

DAUMEZON (G.). — Le travail des malades à l'hôpital psychiatrique. Son utilisation pour améliorer le vieil asile.
Rapport présenté à la Commission des maladies mentales du Comité permanent d'hygiène sociale.

Information Psychiatrique, 1951, 165.

DAUMEZON (G.). — Le sport à l'hôpital psychiatrique.

Ann. Méd. Psych., 1948, **2**, 444.

DAUMEZON (G.). — L'application pratique des thèses nouvelles en assistance psychiatrique.

Information psychiatrique, 1948, **9**, 239-246.

DAUMEZON (G.). — Les fondements d'une psychothérapie collective.

Evolution Psychiatrique, 1948, **3**, 57-15.

DAUMEZON (G.). — Les initiatives collectives dirigées, forme de psychotérapies collectives.

Ann. Médic. Psych., 1948, **2**, 220.

DAUMEZON (G.). — Les réunions de pavillon.

Information Psychiatrique, 1949, **6**, 220-221.

DAUMEZON (G.). — Action individuelle de la psychothérapie collective. Evolution Psychiatrique, 1952, **3**, 475-506.

DAUMEZON (G.), BENOITON, CALVET et SCHMITS. — Le journal à l'hôpital Psychiatrique, instrument de psychothérapie collective.

Ann. Méd. Psych., 1941, **2**, 204-210.

DAUMEZON (G.) et BONNAFE (L.). — Les perspectives de réformes psychiatriques en France de la libération.

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes. Genève, 1946.

DOCUMENTS DE L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE. — Le malade mental dans la société.

Paris, 1946.

DOCUMENTS DE L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE. — Au-delà de l'asile d'aliénés.

Paris, 1946.

DONNADIEU (A.). — La rééducation par le travail. Peut-on obliger le malade à travailler ?

Ann. Méd. Psych., 1947, **1**, 207-209.

DUBLINEAU (S.), BEAUDOIN (J.-L.) et Mme BOUQUEREL. — Application à l'adulte psychopathe des techniques de rééducation active en usage pour l'enfance inadaptée.

DUMAS (G.). — Une Association amicale d'aliénés.

Journal de Psychologie normale et pathologique, 1909, 466-469.

DUPREEL (E.). — Variété des groupes sociaux.

Cahiers de Sociologie, 1947, 2.

DUPRE (E.). — L'interpsychologie dans les affections mentales.

Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Strasbourg, 1920.

FOLLIN (S.). — Les réunions de personnel.

L'information Psychiatrique, 1949, **6**, 222-224.

FOLLIN (S.). — Extension de la psychiatrie.

Pages Sociales, **23**, 1947.

FOLLIN (S.). — Eléments d'organisation de clubs psychothérapique. Dans Raynier et Beaudoin.

L'Assistance Psychiatrique Française, 1951, **3**, 471-472.

FOLLIN (S.) et DUCHENE (H.). — Note sur la structure des relations du psychiatre avec son malade.

Ann. Méd. Psych., 1946, **3**.

GURVITCH (G.). — Variation actuelle de la sociologie.

Cahiers internationaux de sociologie, 1946.

GURVITCH (G.). — Vocation actuelle de la sociologie.

Cahiers internationaux de Sociologie, 1947, **3**, 24-68.

KLAPMAN (J.-W.). — Psychothérapie de groupe.

Analyse in Sauvegarde, n° 32, juin 1949.

KOECHLIN (Ph.). — Schéma de l'utilisation du travail en fonction des niveaux de sociabilité.

L'Hygiène mentale, 1952, 1, 12.

KOECHLIN (Ph.). — Rapport sur l'installation d'un atelier à l'intérieur d'un pavillon de l'hôpital de Maison-Blanche.

L'information Psychiatrique, 1951, 182.

KOHLER. — La notion de groupe dans les internats.

Sauvegarde de l'enfance, 1955, **10**, 644-647.

LADAME (C.) et DEMAY (G.). — La thérapeutique des maladies mentales par le travail.

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes. Genève, Lausanne, 1926, 173-185.

LAGACHE (D.). — Cours de Psychologie sociale.

Bulletin de Psychologie, tome VIII.

LE GUILLANT (L.). — Introduction à une psychopathologie sociale.

Evolution Psychiatrique, 1954, 1.

LE GUILLANT (L.). — Intervention au symposium sur la psychothérapie collective.

Bonneval, sept. 1951.

MAISONNEUVE (J.). — Psychologie sociale.

Collection « Que sais-je? », n° 458.

MARSH (L.-C.). — Group therapy and the psychiatric clinic.

Journ. Nerv. Ment. Dis., 1935, **82**, 381-393.

MAUCORPS (P.). — Psychologie des mouvements sociaux.

Collection « Que sais-je? », n° 425.

MERRY (J.). — Excitatory Group Psychoterapy.

Journ. of Ment. Sciences, juillet 1953, n° 416.

MONOD (M.). — Le psychodrame de Moreno.

Sauvegarde, n° 15, 16, 1947.

MOREAU, Mme DREYFUS et LEBOVICI (S.). — La psychothérapie collective chez l'enfant.

Sauvegarde, n° 15-16.

MORENO (J.-L.). — Fondements de la sociométrie.

P.U.F., 1954.

MORENO (J.-L.). — La méthode sociométrique en sociologie.

Cahiers internationaux de sociologie, 1947, t. II,

PAGES (M.-R.). — Quelques aspects de la méthode expérimentale en psychologie sociale.

Information sociale, 1954, **7**, 771-780.

PARROT (Ph.). — La notion de groupe en semi-liberté.
Sauvegarde de l'enfance, 1956, **5**, 512-527.

RAPPART (Ph.). — Les clubs psychothérapiques.
Etude médico-juridique. Thèse, Bordeaux, 1955.

REPOND (A.). — Les tâches sociales de la psychiâtrie.
Ann. Méd. Psych., 1947, **1**, 453.

ROME, HOWARD (P.). — Military Group Psychoterapy.
American Journal of Psychiatry, janv. 1945.

SCHERR (A.). — Vie sociale, psychothérapie de groupe dans un établissement psychiatrique.
Thèse, Lyon, 1951, n° 99.

SEGUI (J.). — La notion d'ambiance psychothérapique à l'hôpital psychiatrique (expérience d'un service de femmes).
Thèse, Toulouse, 1955.

SEWALL (L.-G.) et GRADY (C.-W.). — La sociothérapie comme traitement.
American Journal of Psychiatry, déc. 1951, **108**,

SIMON (H,). — La psychothérapie à l'asile.
L'hygiène mentale, 1933, n° 1.

SIVADON (P.). — Les activiés de groupe à l'hôpital psychiatrique.
Ann. Médic. Psych., 1947, **1**, 192-196.

SIVADON (P.). — La réadaptation sociale des malades mentaux.
Pages Sociales, 1947, n° 37.

SIVADON (P.). — Principes généraux de thérapeutique par le travail.
Hygiène mentale, 1955, **2**.

SIVADON (P.). — La thérapeutique occupationnelle à l'hôpital psychiâtrique.
Tech. Hospitalières, 1948, **37**.

SIVADON (P.). — Le travail des malades à l'hôpital psychiâtrique (conditions techniques).
L'Information Psychiatrique, 1951, 157.

SIVADON (P.) et KOECHLIN (Ph.). — Les clubs sociothérapiques à l'hôpital psychiatrique.
Ann. Méd. Psych., 1952, **1**, 484.

STOETZEL (J.). — Cours de psychologie sociale.
Bulletin de Psychologie, t. IX.

TOSQUELLES (F.). — Intervention au symposium de Bonneval.
Evolution Psychiatrique, 1952, **3**, 535-554.

UEBERSCHLAG (H.). — Réadaptation des malades des hôpitaux psychiâtriques.
L'Information Psychiatrique, 1954, **3**, 98-101.

WENDER (L.). — Dynamics of groups psychotherapy and its applications.
Journ. Nerv. Ment. Dis., juil. 1936.

Imprimerie E. TAFFARD — 6, rue Métivier, Bordeaux. - Téléph. 08.28.06